



Rapport de visite :
Centre hospitalier
spécialisé de Saint-
Alban-sur- Limagnole
(Lozère)

Du 4 au 13 juillet 2016 – 1^{ère} visite

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé François Tosquelles de Saint-Alban-sur-Limagnole (Lozère). Les contrôleurs, dont la visite avait été annoncée la semaine précédente, se sont présentés à l'établissement le lundi 4 juillet 2016 à 15h, sur le site de Saint-Alban qu'ils ont visité jusqu'au jeudi 7 juillet. Ils se sont rendus les 12 et 13 juillet au site de Mende.

Le CHS de Saint-Alban est devenu un haut lieu de l'histoire psychiatrique française au cours de la seconde guerre mondiale, avec la révolution culturelle de la psychothérapie institutionnelle qui y fut conduite par le psychiatre républicain catalan François Tosquelles et le médecin chef Lucien Bonnafé.

Le centre hospitalier spécialisé François Tosquellès (CHFT) comporte six unités d'hospitalisation temps plein : quatre à Saint-Alban dont une unité de géronto-psychiatrie et deux à Mende - une unité d'admission adultes de vingt-cinq lits et une unité pour adolescents de six lits.

Le CHFT offre des conditions d'hospitalisation remarquables, tant matérielles que dans le mode de prise en charge des patients.

Le site de Saint-Alban offre des conditions d'hospitalisation remarquables : l'hôpital est totalement dépourvu de murs et se présente plutôt comme un quartier de Saint-Alban-sur-Limagnole, formé de bâtiments étagés sur une colline et séparés par des pelouses qui, passées les dernières constructions, s'évadent en prairies sur les 20 ha de la partie la plus proche du domaine. Les unités sont bien conçues, avec des coins de repos, des patios, des terrasses. Le jardin intérieur de l'unité de géronto-psychiatrie est vaste et occupé. Dans toutes les unités les chambres sont individuelles et dotées d'une salle d'eau avec douche, vasque, WC et miroirs. Les conditions d'hébergement du site de Mende sont tout aussi confortables.

Les méthodes de la psychothérapie institutionnelle sont encore prégnantes chez le personnel et dans l'organisation des soins.

La dignité des patients et leurs libertés sont respectées, les restrictions sont fonction de leur état clinique, le régime juridique d'admission ne pesant pas sur la prise en charge. Les unités d'hospitalisation sont ouvertes hormis celle de géronto-psychiatrie, encore que ceux des patients de cette dernière qui sont capables de mémoriser le code d'ouverture de la porte peuvent en sortir par eux-mêmes. Si l'unité d'admission de Mende est fermée, il a été constaté que cette fermeture est raisonnée, la porte est ouverte aux patients en fonction de leur état clinique et non de leur statut d'admission.

Les patients sont autorisés par principe à utiliser leur téléphone portable en unité. Ils disposent des clés de leur chambre et du placard. Le port du pyjama est exclu sauf pour les patients en isolement.

Les outils d'activités thérapeutiques sont multiples et riches (dont une imprimerie, des serres). Les sorties sont nombreuses, y compris pour les personnes en régime de soins sans consentement : camps de vacances, repas thérapeutiques, activités etc. les soignants se montrent impliqués et bienveillants ; même les patients les plus difficiles bénéficient d'une attention et d'une démarche de soins spécifiques.

Toutefois l'établissement connaît de réelles difficultés et des fragilités intrinsèques qui le pénalisent pour y faire face efficacement, ce qui met en péril sa qualité.

La faiblesse du temps médical, notamment dans l'unité de psychogériatrie, pèse manifestement sur la qualité de la prise en charge. Le fonctionnement est constamment en régime dégradé et dès qu'un psychiatre est en congé ou malade, il peut n'y avoir aucune présence médicale à Saint-Alban plusieurs jours consécutifs : l'effectif réel de médecins est passé de 15,16 équivalents temps plein en 2013 à 8 en 2016 ; l'établissement ne parvient pas à recruter et, selon certains psychiatres, son défaut d'attractivité résulte en partie de l'absence de projet.

La gouvernance est semi-atrophiée : le directeur en poste lors de la visite était arrivé dix-huit mois auparavant et quittait l'établissement un mois après, ayant rempli sa mission de mettre en œuvre des réductions budgétaires importantes et les réductions de personnel corrélatives, ce avec insuffisamment de concertation sur les choix. Il avait succédé, après un intérim de six mois, à un directeur très faiblement impliqué. Le président de la CME s'efforce essentiellement d'éviter les vagues et les débats.

Ces années de malaise et d'absence de conduite sûre et partagée pèsent sur l'investissement collectif et mettent en péril la qualité de la prise en charge.

Ainsi, les outils d'activités thérapeutiques et lieux collectifs sont sous-utilisés faute de soignants pour l'accompagnement ; les réductions budgétaires ont également pesé sur le nombre et la qualité des sorties thérapeutiques.

Le manque de rigueur dans l'application des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 témoigne du défaut de pilotage. La notification de leurs droits aux patients en soins sans consentement n'est pas faite, aucun document n'est prévu et les soignants ne sont pas réellement informés du contenu de ces droits. Le psychiatre qui signe le certificat « de 24 h » le fait parfois quatre heures après l'admission s'il doit repartir à l'autre bout du département ou si la soirée est avancée, délai qui ne permet pas d'apprécier l'évolution de la crise et la pertinence de la mesure.

Le juge des libertés et de la détention, qui dispose d'une salle d'audience à Mende, n'a pas de jour d'audience fixe, le nombre de patients sous contrainte étant insuffisant. Les audiences sont donc plutôt fixées au moment le plus opportun compte tenu des contraintes de chacun, notamment le transport des patients depuis Saint-Alban, parfois bien avant l'échéance des douze jours.

Si le registre prévu à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est mis en place, les conditions de sa tenue par le bureau des admissions et sa forme ne correspondent pas à l'esprit de ce texte et ne sont manifestement pas un outil de réflexion sur les pratiques de l'isolement.

Enfin, le régime des patients détenus (quatre ou cinq en quatre ans) est celui que l'on connaît presque partout ailleurs : mise en chambre d'isolement par principe durant tout le séjour mais une tolérance leur est accordée pour fumer (pas plus de cinq cigarettes par jour) et leur courrier suit.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE 24

L'installation de boîtes à lettres destinées à recueillir les questionnaires de satisfaction et facilement identifiables en unité favorise l'expression de l'avis des patients.

2. BONNE PRATIQUE 38

Les patients sont autorisés par principe à faire usage de leur téléphone portable en unité. Cette pratique est de nature à faciliter le maintien des liens familiaux et permet d'assurer la confidentialité des échanges.

3. BONNE PRATIQUE 55

Les espaces collectifs des unités sont suffisants en nombre, en taille et en ameublement pour permettre à un même moment à l'ensemble des patients de se tenir confortablement hors de leur chambre.

4. BONNE PRATIQUE 59

Le droit de disposer des clés de la chambre et du placard participe du respect du droit à l'intimité et à la vie privée de chacun.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 26

Pour les personnes admises sans leur consentement, la faiblesse de la présence médicale ne permet pas toujours, au cours des 24 heures suivant leur entrée, une observation de la nécessité des soins conforme à la loi.

2. RECOMMANDATION 27

La procédure de notification de la décision de soins sans consentement au patient qui en fait l'objet doit être précisée et sa mise en œuvre vérifiée. Cette notification doit être signée par le patient et tracée.

Les droits des patients en soins sous contrainte doivent leur être notifiés.

3. RECOMMANDATION 27

Un livret d'accueil présentant des informations exactes doit être élaboré et distribué.

4. RECOMMANDATION 28

Le tiers demandeur de la mesure doit être informé, préalablement à leur mise en œuvre, des autorisations de sortie non accompagnées, conformément aux dispositions de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, afin qu'il puisse, le cas échéant, s'y impliquer.

5. RECOMMANDATION 29

Une attention devrait être portée au délai dans lequel sont transmis à l'hôpital les arrêtés de levée d'hospitalisation afin que le patient n'ait pas à subir une attente trop longue entre le certificat médical de levée d'hospitalisation et la sortie effective de l'établissement.

6. RECOMMANDATION 32

Il n'est pas acceptable que le patient hospitalisé sous contrainte, auquel la loi impose un examen de son dossier par le JLD ainsi que le recours à un avocat, se voit ensuite facturer l'intervention de cet avocat. Des instructions devraient être données aux bureaux d'aide juridictionnelle pour que l'avocat intervenant dans ce contentieux puisse être systématiquement indemnisé au titre de l'aide juridictionnelle, sur le fondement de l'article 6 de la loi du 19 juillet 1991.

7. RECOMMANDATION 35

Une réflexion devrait être engagée afin d'envisager les moyens dont les patients pourraient disposer pour gérer leur vie affective et sexuelle.

8. RECOMMANDATION 39

Un système devrait être recherché pour éviter que le courrier expédié par les patients des unités d'hospitalisation de Mende ne transite par le site de Saint-Alban avant d'être posté, ce circuit imposant un délai d'acheminement plus important.

9. RECOMMANDATION 40

Des télécommandes doivent être laissées à la disposition des patients pour tous les postes de télévision, afin de leur permettre de choisir librement le programme qu'ils souhaitent regarder.

10. RECOMMANDATION 40

L'accès des patients à internet devrait faire l'objet d'une réflexion.

11. RECOMMANDATION 43

Il est regrettable que les outils d'activités et lieux collectifs particulièrement nombreux et bien dotés ne soient pleinement utilisés. Un renforcement des moyens en personnel pour assurer l'encadrement devra être recherché.

12. RECOMMANDATION 53

Si le registre prévu à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est mis en place, les conditions de sa tenue par le bureau des admissions et sa forme ne correspondent pas à l'esprit de ce texte et ne sont manifestement pas un outil de réflexion sur les pratiques de l'isolement.

13. RECOMMANDATION 57

La stabilité des équipes de soins doit être recherchée dans l'intérêt tant des patients que des soignants.

14. RECOMMANDATION 58

Les patients dont il a été estimé qu'ils pouvaient bénéficier d'un programme de soins ne doivent en aucun cas être maintenus en hospitalisation complète à temps plein.

15. RECOMMANDATION 58

La faiblesse du temps médical pèse sur la prise en charge des patients en hospitalisation complète qui ne bénéficient pas d'une présence médicale suffisante.

16. RECOMMANDATION 60

La diminution des budgets thérapeutiques associée au manque de personnel engendre une prise en charge de moindre qualité. Il conviendrait d'élaborer une réflexion pour remettre le patient au cœur des missions de l'établissement.

17. RECOMMANDATION 65

La distribution des médicaments doit être réalisée de manière à assurer la confidentialité des soins à l'égard des autres patients.

18. RECOMMANDATION 65

Le règlement intérieur de l'unité, dans la mesure où il n'est pas à jour et ne correspond pas aux règles de fonctionnement réel de l'unité, ne devrait pas être laissé à la disposition des patients ni affiché, au risque d'induire ces derniers en erreur.

19. RECOMMANDATION 72

Le temps médical de psychiatre est très largement insuffisant pour un service de géronto-psychiatrie est doit être reconsidéré pour permettre une prise en charge optimale.

20. RECOMMANDATION 73

Les modalités de surveillance des patients dans les zones de déambulation de jour doivent être réévaluées et renforcées.

21. RECOMMANDATION 78

Un système de verrouillage des placards des chambres de l'UAPPE doit être installé, afin de protéger les effets personnels des patients et de limiter les vols.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	7
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 UNE OFFRE EXCLUSIVE DE SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LE DEPARTEMENT	13
2.2 UNE ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT REPARTIE SUR LE DEPARTEMENT AU PRIX DE LA MAITRISE DE SA CONCEPTION.....	13
2.3 LA SITUATION GEOGRAPHIQUE PESE SUR LE RECRUTEMENT DE PERSONNEL.....	15
2.4 UN BUDGET EN PHASE DE REDUCTION MAL ACCEPTEE	18
2.5 LA STABILITE DE L'ACTIVITE TRADUIT SON ADAPTATION AUX BESOINS.....	20
2.6 DES CONTROLES INSTITUTIONNELS MINIMAUX	21
2.6.1 Le registre de la loi	21
2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques	21
2.6.3 La visite des autorités.....	22
2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE : DES PROCEDURES ADAPTEES MALGRE L'ABSENCE DE COMITE D'ETHIQUE	22
2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers	22
2.7.2 La commission des usagers	22
2.7.3 Le comité d'éthique	23
2.7.4 Les questionnaires de satisfaction	23
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	25
3.1 LE RESPECT DE LA PROCEDURE LEGALE AU COURS DE LA PERIODE D'OBSERVATION N'EST PAS UNE PREOCCUPATION INTENSE DE L'ETABLISSEMENT	25
3.1.1 Les modalités d'admission	25
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	26
3.1.3 Le recueil des observations des patients	27
3.1.4 La désignation d'une personne de confiance.....	27
3.1.5 La confidentialité sur l'hospitalisation	27
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS	27
3.3 L'AMENAGEMENT ET L'EVOLUTION DES SOINS SANS CONSENTEMENT SONT FAVORISES AFIN DE LIMITER LE RECOURS ET LES EFFETS DE L'HOSPITALISATION COMPLETE	28
3.3.1 Les sorties de courte durée.....	28
3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres	28
3.3.3 Le passage en programme de soins	29
3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST REALISE DANS DE BONNES CONDITIONS, LES MODALITES DE REMUNERATION DE L'AVOCAT MERITANT TOUTEFOIS D'ETRE RECONSIDEREES	30
3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience	30
3.4.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention.....	31
3.4.3 Les décisions rendues.....	32
4. LES DROITS DES PATIENTS	34
4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS	34

4.2	LES BIENS DES PATIENTS	34
4.3	L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL	34
4.4	LA SEXUALITE	35
4.5	LE DROIT DE VOTE	35
4.6	LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES	35
4.7	LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN	35
5.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	36
5.1	LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DEMEURE UNE VALEUR FORTE DE L'ETABLISSEMENT	36
5.2	LA VIE COURANTE	36
5.2.1	La restauration	36
5.2.2	L'hygiène	36
5.2.3	La sécurité	37
5.2.4	Les transports.....	38
5.2.5	L'accès au tabac	38
5.3	LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FAVORISEES PAR LA SOUPLESSE DES SOIGNANTS, EN PARTICULIER DANS L'ACCES AU TELEPHONE ET LES HORAIRES DE VISITE.....	38
5.3.1	Le téléphone	38
5.3.2	Le courrier	39
5.3.3	La télévision	39
5.3.4	L'informatique et l'accès à internet	40
5.3.5	Les visites	40
5.4	DES LIEUX COLLECTIFS NOMBREUX ET BIENS EQUIPES MAIS SOUS-UTILISES	41
5.4.1	La cafétéria.....	42
5.4.2	La bibliothèque	42
5.4.3	L'atelier création	42
5.4.4	La banque.....	42
5.4.5	La salle informatique.....	42
5.4.6	La salle Snoezelen,	42
5.4.7	La salle d'expression corporelle	42
5.4.8	L'atelier de soins esthétiques.....	43
5.4.9	Le bâtiment d'ergothérapie	43
5.4.10	Le pôle professionnel	43
5.4.11	Les installations sportives	43
5.5	DES SOINS SOMATIQUES BIEN ASSURES	43
5.5.1	L'accès au médecin généraliste.....	43
5.5.2	Les consultations spécialisées	44
5.5.3	La pharmacie.....	44
5.5.4	Le laboratoire.....	44
5.5.5	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	44
5.5.6	La qualité et la sécurité des soins.....	44
5.6	LES INCIDENTS SONT BIEN SUIVIS ET TRAITES.....	45
5.6.1	Le traitement des plaintes et réclamations.....	45
5.6.2	Les événements indésirables	45
5.7	L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES.....	46
5.7.1	Le transfert de la personne détenue et le choix de l'unité d'accueil	46
5.7.2	Le séjour du patient détenu	46
5.7.3	Le retour en détention	46
6.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	47
6.1	L'ISOLEMENT	47
6.1.1	Les locaux.....	47
6.1.2	Le séjour.....	50

6.2	LA CONTENTION	52
6.3	LE REGISTRE DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT.....	52
7.	LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	54
7.1	LES LOCAUX.....	54
7.2	LE PERSONNEL	55
7.3	L'UNITE DE POST-CRISE	56
7.3.1	L'activité.....	56
7.3.2	Le personnel.....	56
7.3.3	Les patients	57
7.3.4	Le fonctionnement de l'unité.....	58
7.3.5	La vie quotidienne.....	59
7.3.6	Les activités thérapeutiques	60
7.4	L'UNITE REGIONALE D'EVALUATION (URE) : UNE UNITE OUVERTE DONT LE PROJET THERAPEUTIQUE N'APPARAÎT PAS ADAPTE AU PROFIL DES PATIENTS REELLEMENT ACCUEILLIS	60
7.4.1	Les locaux.....	60
7.4.2	Le personnel.....	63
7.4.3	Les patients	63
7.4.4	Le projet thérapeutique	64
7.5	L'UNITE RENFORCEE D'ORIENTATION N'A PAS LES MOYENS DE SES MISSIONS INITIALES	66
7.5.1	Présentation générale.....	66
7.5.2	Les locaux.....	66
7.5.3	Le personnel.....	67
7.5.4	Les patients	68
7.5.5	Le projet thérapeutique	68
7.6	LA GERONTO-PSYCHIATRIE, UNE UNITE FERMEE ESSENTIELLEMENT GERIATRIQUE.....	70
7.6.1	Les locaux.....	70
7.6.2	Le personnel.....	71
7.6.3	Les patients	72
7.6.4	L'accueil.....	72
7.6.5	Le projet thérapeutique	72
7.7	L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE (MENDE)	74
7.7.1	Présentation générale.....	74
7.7.2	Les locaux.....	74
7.7.3	Le personnel.....	74
7.7.4	Les patients	75
7.7.5	Le projet thérapeutique	75
7.8	L'UNITE D'ACCUEIL PSYCHIATRIQUE PAUL ELUARD : UNE UNITE SANS PROJET THERAPEUTIQUE LISIBLE AINSI QU'ILLUSTRE PAR LE REGIME DES PORTES DE L'UNITE, OUVERTES EN THEORIE MAIS FERMEES EN APPARENCE ET D'ACCES TRES CONTROLE EN PRATIQUE.....	77
7.8.1	Les locaux.....	77
7.8.2	Le personnel.....	79
7.8.3	Les patients	79
7.8.4	Le projet thérapeutique	79
8.	AMBIANCE GENERALE	82

Rapport

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Gérard Laurencin ;
- François Moreau ;
- Dorothée Thoumyre.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier François Tosquelles de Saint-Alban-sur-Limagnole (Lozère). Les contrôleurs, dont la visite avait été annoncée la semaine précédente, se sont présentés à l'établissement le lundi 4 juillet 2016 à 15h, sur le site de Saint-Alban qu'ils ont visité jusqu'au jeudi 7 juillet. Ils se sont rendus les 12 et 13 juillet au site de Mende.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quinzaine d'auditeurs dont la directrice des soins, la directrice de la qualité, un médecin psychiatre, le médecin généraliste, les cadres supérieurs de santé ainsi que des cadres de santé et le représentant des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de la Lozère, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Mende, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Mende et le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont rencontré le président de la commission médicale d'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les représentants des organisations professionnelles du personnel présentes sur le site ont été avisées de la visite et, à leur demande, ont été reçus par les contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le 13 juillet en présence du directeur, de ses adjoints, d'une partie de l'équipe médicale et des cadres de santé.

A l'issue de cette visite, un rapport a été rédigé et adressé le 17 mars 2017 à la direction de l'établissement qui n'y a apporté aucune réponse.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 UNE OFFRE EXCLUSIVE DE SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LE DEPARTEMENT

La Lozère, département le moins peuplé de France avec 76 600 habitants, ne comprend qu'un secteur de psychiatrie adulte et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. L'offre de soins psychiatriques y est minimale.

Le centre hospitalier François Tosquelles (CHFT) est le seul établissement public offrant une prise en charge en hospitalisation complète ou en ambulatoire. Aucun établissement privé n'est installé.

En revanche, le département comprend 1 000 lits en institutions médico-sociales, ce qui est trois fois supérieur au niveau moyen des départements français. Il a été expliqué que ces institutions peinent à recruter des pensionnaires et tendent à prendre des cas trop lourds pour leurs structures, et qui, ensuite, sont transférés en psychiatrie au CHFT.

L'offre libérale du département se résume à trois psychiatres installés à Mende. Ils n'exercent, chacun, qu'à mi-temps, l'autre mi-temps étant exercé en institution médico-sociale pour deux d'entre eux, et au CHFT pour le troisième.

2.2 UNE ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT REPARTIE SUR LE DEPARTEMENT AU PRIX DE LA MAITRISE DE SA CONCEPTION

L'offre de soins du CHFT s'organise en unités d'hospitalisation temps plein et dispositif ambulatoire, l'ensemble disséminé dans les principales villes du département et, pour les installations hospitalières les plus importantes, à Saint-Alban-sur-Limagnole.

En 2015 le nombre de lits d'hospitalisation temps plein est passé de 129 à 114 lits ; ceux-ci sont répartis dans six unités d'hospitalisation. Le site de Saint-Alban-sur-Limagnole, lieu d'implantation historique de l'établissement, comporte quatre unités de réhabilitation :

- l'unité régionale d'évaluation (URE) ;
- l'unité post-crise (UPC) ;
- l'unité renforcée d'orientation (URO) ;
- l'unité de géronto-psychiatrie (Hilarion Tissot).

Les trois premières de ces unités ont chacune une capacité d'accueil de dix-sept lits, l'unité de géronto-psychiatrie en compte trente-deux. A l'origine, le projet d'établissement prévoyait des typologies de patients et des modalités de prises en charge différentes dans les trois premières unités ; en pratique, ces distinctions ne sont pas réelles. Le projet comportait également la création d'une unité spécialisée pour les patients autistes ; aujourd'hui, ceux-ci sont répartis dans les trois unités.

Le site de Mende comprend deux unités :

- l'unité d'accueil psychiatrique Paul Eluard (UAPPE), seule unité d'admission pour adultes de l'établissement, avec vingt-cinq lits ;
- l'unité pour adolescents de six lits.

Le dispositif ambulatoire est important : chacune des cinq communes de Saint-Chély-d'Apcher, Marvejols, Langogne, Mende et Florac compte un centre médico-psychologique (CMP) et un hôpital de jour pour adultes ainsi qu'un CMP infanto-juvénile et un hôpital de jour pour enfants et adolescents, sauf à Langogne et Marvejols qui n'offrent pas cette dernière structure.

La richesse du tissu médico-social offre de bonnes possibilités de sorties d'hospitalisation pour les patients chroniques. En échange, une liaison dense est établie entre ces établissements et le dispositif psychiatrique. Ainsi, les patients de psychiatrie qui sont transférés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) continuent à y être suivis par les services ambulatoires car les EHPAD sont considérés comme des domiciles.

Un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) est installé à Mende.

Cette répartition sur l'ensemble d'un département à la desserte quasi inexistante en transports en commun transversaux et au réseau routier sinueux et souvent enneigé l'hiver pèse sur la disponibilité et la mobilité du personnel ainsi que sur les possibilités de recrutement.

L'unique unité d'admission, à Mende, est située à 40 km des unités de réadaptation de Saint-Alban, par une route dont le parcours ne peut être inférieur à 45 minutes. Cet éloignement pèse de toute évidence sur l'organisation du parcours de soins des patients.

L'organisation semble plus subie que pensée, comme l'ensemble du fonctionnement de l'établissement qui souffre de l'absence de projet global cohérent et à long terme, en partie imputable au mode de direction.

Le déficit et l'important *turn-over* des médecins (cf. § 2.3a) pèse sur la gouvernance de l'établissement. Situation ainsi traduite par un interlocuteur : « *la communauté médicale est à géométrie variable et se résume, en pratique, à trois médecins* ».

La succession de directeurs, à l'implication très instable, en est en partie la cause. Après quelques vacances et intérim, le directeur en poste lors de la visite n'était arrivé que depuis quelques mois et ne remplissait ses fonctions de direction qu'aux deux tiers de son temps ; il s'était, pour l'essentiel, investi sur l'application à l'établissement de réductions budgétaires importantes (cf. § 2.4). Les services sur lesquels il a fait porter ces réductions ont été décidés sans la concertation suffisante pour les faire sinon accepter sereinement, au moins assumer par des acteurs légitimes qui auraient participé à leur détermination et les auraient validées.

La diarchie, président de commission médicale d'établissement-directeur, n'est plus équilibrée et la direction impose des décisions sans concertation préalable. Ainsi, le directoire et la commission médicale d'établissement (CME) ont été informés de l'existence du plan d'action contractuel stratégique devant être signé avec l'agence régionale de santé sans pouvoir faire valoir leur point de vue ni connaître l'échelle du « débasage ». Des médecins et cadres ont vainement protesté dans le cadre de la CME – dont les comptes-rendus, selon les interlocuteurs rencontrés, ne traduisent pas la réalité et le contenu des débats – ou du directoire. Ils déplorent : « *le mode de gouvernance ne permet pas la prise en compte des débats* ». Les choix des lieux d'économie ont été imposés en dehors de toute perspective stratégique qui aurait déterminé les choix.

2.3 LA SITUATION GEOGRAPHIQUE PESE SUR LE RECRUTEMENT DE PERSONNEL

L'effectif global du personnel de l'ensemble des structures rattachées à l'établissement (y compris le secteur de pédopsychiatrie) pour les années 2013, 2014 et 2015 est exprimé en équivalents temps plein rémunérés (ETPR) dans le tableau suivant :

Effectif global	2013	2014	2015
ETPR personnel médical	15,16	14,42	11,79
ETPR personnel non médical	432,79	426,35	400,72
Total	447,95	440,77	412,51

Au 31 mai 2016, apparaît une diminution sensible du nombre global d'agents au regard des années antérieures : 369,36 ETPR (correspondant à 401 personnes) se répartissent en 258 ETPR pour le personnel soignant (hors médecins) et 111,38 ETPR s'agissant du personnel des services logistiques, administratifs et techniques. Bien que dans une moindre proportion, le temps de travail disponible des médecins est également réduit.

Effectif global	31 mai 2016
ETPR personnel médical	9,6
ETPR personnel non médical	369,36
Total	378,96

L'origine de cet infléchissement s'explique par des économies drastiques faites en fin d'année 2015 conformément aux engagements pris dans le cadre du plan de retour à l'équilibre (cf. *infra* § 2.4) contractualisé avec l'agence régionale de santé (ARS) lesquelles ont donné lieu au non remplacement des onze agents qui ont fait valoir leur droit à la retraite et au non renouvellement de contrats à durée déterminée (cf. *infra* § 2.3.c). Le projet d'établissement rédigé en 2015 mentionnait également en introduction : « La mutualisation des moyens inclut un regard fin sur la répartition des effectifs en personnel au sein des différents services du CHFT. » Les responsables syndicaux, rencontrés par les contrôleurs, déplorent que les réductions de dépenses sur lesquelles ont porté le plan de retour à l'équilibre n'aient pas été décidées en concertation.

a) Le personnel médical

Le recrutement de psychiatres pose d'importantes difficultés dans ce département rural tant en milieu hospitalier qu'en ville. La direction du centre hospitalier fait appel à un cabinet de recrutement qui propose essentiellement des psychiatres venus de pays étrangers. Au jour de la visite des contrôleurs l'un d'entre eux prenait ses fonctions arrivant d'Espagne. Le directeur a aussi évoqué le recrutement de généralistes qui se forment sur place à la psychiatrie et une contractualisation avec le CHU de Montpellier (Hérault) au terme de laquelle un médecin était payé plein temps par l'établissement mais ne venait qu'un tiers temps à Saint-Alban. Selon les informations recueillies, le dernier départ de deux psychiatres fait suite à des situations

conflictuelles tenant à l'organisation des soins ; d'autres sont consécutifs à des départs vers des départements plus attractifs. Il a été avancé que l'établissement était peu attractif du fait de sa localisation, ainsi les deux postes d'internes ne sont pas pourvus. Selon d'autres interlocuteurs, alors que l'histoire de l'établissement, « berceau de la psychothérapie institutionnelle », et la renommée de ses pratiques devraient attirer les médecins, c'est, par contraste, l'absence de projet global et les restrictions financières qui les dissuaderaient.

Statut et répartition du personnel médical au CHFT à la date de la visite des contrôleurs

STATUT	Adultes			Enfants		
	NB	ETPR	ETPNP	NBR	ETPR	ETPNP
Praticien hospitalier	9*	7	1,5	2	1,3	1
PH attaché				1	0,3	
PH généraliste Avec DU de psychiatrie	1	1		1	1	
Généraliste						
Assistant						
Interne						
TOTAL	9	7		4	2,6	

NB : nombre de personnes rémunérées

ETPR : ETP rémunérés

ETPNP : non pourvus budgétés

*dont 1 pharmacien

A la date de la visite des contrôleurs, il manquait 1,5 ETPR de médecin psychiatre dans les unités réservées aux adultes et 1 ETPR dans celle dédiée aux enfants.

Le secteur « adultes », qui comprend trois unités et la géronto-psychiatrie, souffre particulièrement de cette situation. En effet, il arrive que lors de congés ou d'absences pour maladie aucun médecin psychiatre ne se trouve au CHSFT de Saint-Alban.

b) Le personnel non médical

Les effectifs « cible » ne sont pas atteints dans plusieurs catégories d'emplois tant dans le secteur adultes que dans celui des enfants.

STATUT	ADULTES			ENFANTS		
	Nbre	ETP réels	ETP cible	Nbre	ETP réels	ETP cible
cadre de santé	2	2	2	1	1	1
cadre d'unité	7	7	7	3	3	3
Infirmier	118	102	106,5	23	18,4	19
aide-soignant	51	36,9	37	–	–	–
agent service hospitalier	28	28,5	27,3	3	2,8	2,8
ergothérapeute	8	7,6	8			
psychologue	8	5,8	7,1	8	6,1	8
psychomotricien	1	0,8	0,8	4	3,4	3,4
orthophoniste	–	–	–	2	1,8	3
personnel socio-éducatif	3	3	3	15	12,8	14,4
assistante sociale	6	4,1	4,1	2	1	1
assistant médico administratif	7	5,9	5,9	4	2,8	2,8
Total	239	204,9	207,04	65	53,1	58,4

Les personnels administratifs et techniques, quant à eux, comptabilisent 111,38 ETPR.

c) La gestion des ressources humaines

Le dernier bilan social fourni aux contrôleurs est daté de l'année 2015.

Contrairement aux médecins, les soignants ont une affectation exclusive en intra ou en extra hospitalier. En dépit d'une certaine hétérogénéité en nombre et en statut des soignants présents, les organisations de travail de l'ensemble des unités du centre hospitalier sont relativement homogènes.

L'âge moyen des médecins est de 52,5 ans, celui du personnel non médical de 43 ans ce qui dénote d'une maturité et d'une expérience valorisables.

Les remplacements se font sur le mode de la mutualisation ce qui implique des rappels d'agents en repos ou en congés annuels ce que déplorent ces derniers. Au-delà d'une semaine la direction des ressources humaines fait appel à des soignants extérieurs sous la forme de CDD de courte durée. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une infirmière libérale était régulièrement sollicitée dans ce cadre. Du fait de la baisse des effectifs et de la mutualisation opérée, le nombre d'heures supplémentaires a considérablement augmenté entre les années 2014 et 2015 et s'est élevé à 4 769 heures pour 462 agents toutes catégories confondus.

Le taux de *turn-over* du personnel est relativement important :

<i>Turn over</i>	50 départs	10 arrivées
personnel médical	3	2
personnel non médical	46	8

	dont 11 départs retraite	
--	-----------------------------	--

S'agissant de la fidélisation des personnels infirmiers, on observe que :

Années de recrutement	Nombre de recrutements infirmiers	Présents en 2015
2013	22	5
2014	18	4
2015	3	1

Malgré ces obstacles, l'établissement enregistre des chiffres d'absentéisme en baisse durant les trois dernières années : 7,61 % en 2013 ; 6,24 % en 2014 et 5,96 % en 2015 soit pour cette dernière année l'équivalent (ramené en ETP) de 24 jours d'absences. Selon les propos recueillis, ce taux se situerait au-dessous du taux d'absentéisme national dans les établissements de même catégorie.

Enfin, le taux de mobilité à l'interne est de 17 %.

La formation du personnel est une priorité affichée par la direction des ressources humaines. Les formations proposées portent sur la psychopathologie, la prise en compte des situations d'agressivité, la consolidation des savoirs, la prévention du suicide, les premiers secours, les urgences, les entretiens infirmiers ainsi que sur les écrits et l'informatisation du dossier patient ; aucune formation n'est prévue sur l'application de la loi du 5 juillet 2011, sur les droits des patients ou encore sur les pratiques de l'isolement et la contention. L'établissement a enregistré 2 053 jours de formation en 2015. Un travail de collaboration a été engagé avec l'institut de formation en soins infirmiers rattaché à l'hôpital général de Mende.

Le bilan social de 2015 fait apparaître que soixante-six accidents de travail ont été enregistrés en 2014 pour quarante-six en 2015. En 2015, seize accidents de travail concernent des agressions devant les chutes et glissades au nombre de sept. Les premières occasionnent 117 jours d'absence, les secondes 232 jours.

Les agents principalement concernés sont les infirmiers et les aides-soignants. Le taux de *turn-over* reste modéré avec une valeur à peine supérieure à 5 %, due essentiellement aux départs en retraite et aux remplacements qui en découlent.

2.4 UN BUDGET EN PHASE DE REDUCTION MAL ACCEPTEE

La dotation annuelle de financement (DAF) initialement de 22 millions d'euros a subi une réduction de 5 % mise en œuvre par l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon (ARS) alors que d'importants investissements étaient en cours. Cette diminution a conduit le centre hospitalier à signer un plan de retour à l'équilibre dénommé plan d'action contractuel stratégique (PACS) sur quatre ans (2013-2017). L'enjeu de ce contrat est de concilier les effets financiers des investissements entrepris (travaux de reconstruction des unités notamment) avec le maintien d'un équilibre financier nécessaire à la poursuite des missions.

Les incidences en sont fortes :

- la réduction des recettes (produits versés par l'assurance maladie) est évaluée à 930 K€ sur quatre ans ; elle équivaldra à - 4,15 % à l'issue du plan ;
- la réduction des charges portera sur 865 K€, pour les dépenses du titre 1 cela égalera - 3,84 % et celles du titre 3 à -1,82 %.

Le centre hospitalier a été contraint de s'engager sur des mesures telles que le déploiement des alternatives à l'hospitalisation complète, des mesures relatives à la gestion des ressources humaines ainsi que sur des objectifs tendant à l'optimisation des organisations des différentes unités qui le composent.

En 2014, il n'a pas été en capacité de tenir ces objectifs ce qui a entraîné un déficit important, à hauteur de 380 000 euros, et un alourdissement de la dette. Dans ce contexte, l'année 2015 a donné lieu à des mesures de redressement drastiques qui ont ramené le budget à l'équilibre : suppression de la crèche sise sur le site de Saint-Alban et accessible tant au personnel qu'aux personnes du canton ; réduction des budgets thérapeutiques (diminution de 40 % du financement des activités) ; suppression d'une unité de onze lits (unité de réadaptation et réhabilitation) et surtout mesures de réduction du personnel.

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) pour l'exercice 2016 fourni aux contrôleurs est le suivant : le directeur dans son rapport (en annexe I de l'état des recettes et des dépenses pour l'exercice 2016) précise que les dépenses prévisionnelles en personnel de 20 104 000 euros sont basées sur « le niveau de dépenses en personnel réalisé en 2015 dans le cadre du PACS ce qui a permis d'atteindre le niveau d'équilibre financier ».

Une analyse du choix de répartition de la dotation pour les dépenses en personnel (titre 1) entre l'état prévisionnel de l'année 2015 et le prévisionnel 2016 fait apparaître les écarts les plus significatifs suivants :

PERSONNEL MEDICAL	Ecarts significatifs en euros
PH temps plein	-45 036
Attachés CDI	-34 110
Praticiens CDD	+104 739
Internes	+15 500
PERSONNEL NON MEDICAL	
Titulaires	
Administratifs	-15 857
Personnels des services soins	- 4 697
Educatifs et sociaux	+17 912
Personnels techniques et ouvriers	+2 176
Personnels médico-techniques	1 615

CDI	
Personnels des services soins	+1 454
Personnels techniques et ouvriers	-16 651
Personnels médico-techniques	-22 279
CDD	
Administratifs	-2 498
Personnels des services soins	+83 264
Educatifs et sociaux	-19 237
Personnels médico-techniques	-13 708
Emplois aidés	
Contrats et Apprentis	-37 374

Cette répartition témoigne de la volonté d'embauche de praticiens contractuels en raison de la forte augmentation du budget prévisionnel qui leur est destiné.

Les personnels de soins titulaires ne souffrent que d'une baisse modérée compensée par des contrats à durée indéterminée mais surtout des contrats à durée déterminée.

En revanche, s'agissant du personnel non médical, l'investissement en direction du personnel administratif semble largement amoindri, tant dans la catégorie des titulaires que dans celle des personnes en contrats à durée déterminée.

Les catégories de professionnels les plus impactées par les réductions sont celles du personnel médico-technique et du personnel technique et des ouvriers dans leur ensemble.

Dans le cadre de la maîtrise des coûts, la politique de l'établissement s'est donc orientée vers la fermeture d'une unité, les réductions de dépenses en personnel et l'embauche ponctuelle d'agents en contrats à durée déterminée engendrant un *turn-over* défavorable à la stabilité nécessaire des équipes auprès des patients de psychiatrie.

Il a été affirmé que les conflits nés des points sur lesquels faire porter la baisse budgétaire avaient conduit au départ de praticiens et que cette situation conjuguée à l'absence de projet d'établissement faisait fuir les candidats à leur remplacement.

2.5 LA STABILITE DE L'ACTIVITE TRADUIT SON ADAPTATION AUX BESOINS

L'établissement a fourni les données suivantes sur l'activité des deux années précédant la visite. Ces éléments doivent être appréciés en tenant compte de la suppression de quinze lits d'hospitalisation au cours de l'année 2015.

Données	ADULTES		DONT GERONTO.		ENFANTS	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
File active hospitalisés à temps plein	610	584	146	130	57	58

Nombre de séjours d'hospitalisation temps plein	1 413	1 261	193	167	352	286
Nombre de journées d'hospitalisation temps plein	37 010	35 299	10 404	9 504	1 086	710
DMS	26,2	28,0	53,9	56,9	3,1	2,5
DMH	60,7	60,4	71,3	73,1	19,1	12,2
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation	82 %		89 %	81 %		

Ces données font apparaître une stabilité de l'activité d'une année à l'autre, et une bonne adaptation de l'offre de lits d'hospitalisation aux besoins de la population. Cependant, selon les interlocuteurs rencontrés, l'insuffisante présence de médecins dans les services extrahospitaliers conduirait à une prise en charge insuffisamment médicalisée des situations de crises et donc à des hospitalisations.

Par ailleurs, selon l'une des assistantes de service social rencontrée dont la mission est axée à la fois sur l'évaluation des droits sociaux à l'arrivée et sur une recherche de solutions d'accueil pour la sortie, malgré l'offre importante de structures médico-sociales dans le département, le faible renouvellement des places de celles-ci impose de chercher des solutions éloignées pour des patients fragiles et dont les familles sont implantées dans le département. Ces difficultés pèsent sur le renouvellement des patients.

2.6 DES CONTROLES INSTITUTIONNELS MINIMAUX

2.6.1 Le registre de la loi

Les registres de la loi, un pour les admissions sur décision du représentant de l'Etat et un pour les demandes de tiers, sont tenus au bureau des admissions. Tous deux sont d'un modèle classique. Ils ont été visés par le procureur de la république lors de sa dernière visite le 30 octobre 2015.

Pour chaque mesure, sont agrafés les arrêtés préfectoraux (pour les SPDRE), les demandes des tiers (pour les SDT et SDTU), les certificats médicaux, les avis motivés de saisine du juge des libertés et de la détention (JLD), les programmes de soins et les décisions de levée ; manque la date de la délivrance des informations sur les droits du patient. N'y figurent ni les décisions initiales du directeur, ni les décisions de maintien dont l'inscription dans le registre n'est pas prévue par la loi.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques

A défaut de délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) en Lozère, c'est celle du Gard qui assure le secrétariat de la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP). Il est difficile de composer cette commission en raison du faible nombre de personnes adéquates, notamment de représentants des usagers.

La dernière visite de la CDSP date du 27 août 2015. Il n'a pas été possible d'obtenir les comptes-rendus de ses visites.

2.6.3 La visite des autorités

Le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Mende se rend à Saint-Alban tous les deux ou trois ans. Aucune remarque n'a été formulée lors des dernières visites.

2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE : DES PROCEDURES ADAPTEES MALGRE L'ABSENCE DE COMITE D'ETHIQUE

2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Deux associations représentatives des familles et des usagers interviennent au centre hospitalier : l'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques) ainsi que, dans une moindre mesure, l'UDAF (Union départementale des associations familiales) et la CLCV (Confédération de la consommation du logement et du cadre de vie).

L'UDAF intervient en qualité d'organisme de gestion des mesures de tutelle et curatelle prononcées dans le département et la CLCV est représentée au sein de la Commission des usagers.

L'UNAFAM est représentée dans la plupart des instances de l'établissement : conseil de surveillance, directoire, commission des usagers, commissions et groupes de travail installés dans l'établissement tels que la sous-commission de la qualité et de la sécurité des soins, le CLIN¹, le CLAN et le comité stratégique de la certification.

L'UNAFAM assure des permanences d'accueil des familles dans les cinq plus grandes villes du département dont Mende où se trouve l'activité principale. Un numéro de téléphone est également à la disposition des familles et peut être joint à tout moment.

En plus des permanences, l'UNAFAM programme régulièrement des conférences thématiques et anime une chorale ainsi que des groupes de parole qui se tiennent une fois par mois à Mende avec un psychologue.

Enfin, l'UNAFAM participe aux permanences qui sont organisées par le centre hospitalier, à destination des familles et des patients une fois par mois. Dans le cadre de cette permanence assurée par la direction des soins tous les premiers vendredis du mois, des rendez-vous peuvent être programmés entre les patients ou familles qui le souhaitent et le président de la CME, le représentant de l'UNAFAM ou la directrice des soins.

2.7.2 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) est installée à l'établissement depuis le 30 mai 2006.

Elle se réunit en moyenne quatre fois par an. Au jour de la visite, la dernière réunion datait du 20 juin 2016 et avait été l'occasion d'approuver le rapport annuel 2015.

¹ CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales ; CLAN : comité de liaison alimentation et nutrition

Y participent : un médiateur médecin (le président de la CME), également représentant de la direction de l'établissement, un médiateur non médecin (cadre administratif), deux représentants des usagers : le représentant de l'UNAFAM, qui est également le président de la CDU et un représentant de la CLCV. Est également présent, avec voix consultative, un représentant de la direction de la qualité de l'établissement qui organise la réunion et en assure le secrétariat.

La CDU examine les réclamations exprimées par les usagers de l'hôpital et dresse un bilan des questionnaires de sortie renseignés par les patients.

Durant son exercice 2014, la CDU avait recommandé qu'une meilleure information soit transmise aux patients sur les recours à leur disposition en cas de réclamation. Des actions correctives ont été mises en place par le biais notamment de l'affichage dans les unités de la possibilité de rencontrer la direction de la qualité dans le cadre de la permanence mensuelle mise en place par l'établissement.

Dans son rapport 2015, la CDU a recommandé qu'une attention soit portée sur la procédure d'accès du patient à son dossier médical, les délais de réponse étant jugés trop longs au regard des réclamations reçues par la commission.

2.7.3 Le comité d'éthique

Aucun comité d'éthique n'était installé au jour de la visite des contrôleurs.

Selon les informations recueillies, un comité d'éthique aurait fonctionné quelques mois en 2012, à l'occasion de la démarche de certification, mais ne se serait pas poursuivi faute d'un nombre suffisant d'intervenants pour l'alimenter.

Plusieurs personnes ont regretté auprès des contrôleurs un manque de réflexions communes au sein de l'établissement.

2.7.4 Les questionnaires de satisfaction

Les questionnaires de satisfaction sont remis aux patients dans le livret d'accueil.

Les questions posées sont réparties en quatre rubriques : accessibilité de l'établissement, accueil, soins et hôtellerie.

Le taux de retour de ces questionnaires s'élevait, en 2015, à 18 %. Il est en augmentation constante depuis 2012 où il atteignait les 0,12 %.

Afin d'améliorer ce taux de réponse, un travail de sensibilisation a été mené auprès des cadres et des boîtes aux lettres spécifiques ont été installées au sein des unités pour les recueillir.



Boîtes aux lettres pour les questionnaires de satisfaction à l'UAPPE

Bonne pratique

L'installation de boîtes à lettres destinées à recueillir les questionnaires de satisfaction et facilement identifiables en unité favorise l'expression de l'avis des patients.

Le taux de retours est très variable d'une unité à l'autre, 70 % d'entre eux concernant l'unité d'admission à Mende (UAPPE).

D'autres actions ont également été menées pour faciliter le recueil de l'avis des patients. Ainsi, en 2011, des interviews étaient programmées auprès des patients par le personnel de la direction de la qualité. Les patients étaient entendus en unité, après avoir été sélectionnés par un médecin, afin d'évaluer leur capacité à répondre.

Au jour de la visite, il était prévu de réinstaurer cette pratique en 2017.

Il ressort des questionnaires de satisfaction reçus que les doléances principales des patients portent sur le manque d'activités au sein de l'unité d'admission ainsi que la qualité de l'information dispensée, certains patients ayant souligné que leur avis n'aurait pas été suffisamment pris en compte.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 LE RESPECT DE LA PROCEDURE LEGALE AU COURS DE LA PERIODE D'OBSERVATION N'EST PAS UNE PREOCCUPATION INTENSE DE L'ETABLISSEMENT

Tous les patients en soins sans consentement en Lozère sont hospitalisés au CHFT ; le bureau des admissions, sur le site de Saint-Alban, assure le suivi des procédures d'hospitalisation. Ces patients sont peu nombreux ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Lors de la visite, les douze patients présents en soins sans consentement étaient ainsi répartis dans les unités :

unité	SPDRE (maire)	SPDT-PI ²	SPDT PU ³
UAPPE	1	3	2
UPC			1
URE			1
URO	3		1

Les décisions de soins sans consentement par le représentant de l'Etat ont toutes été initiées par un arrêté du maire.

Aucune procédure de soins sur demande d'un tiers n'a été initiée directement par les proches en application de l'article L.3212-1-II-1^{o4}.

Tous les patients de l'unité de psycho-gériatrie sont admis en soins libres.

3.1.1 Les modalités d'admission

Les patients arrivent principalement du service des urgences de l'hôpital de Mende. En vertu d'une convention passée en 1998 avec cet hôpital, la psychiatrie de liaison y est assurée par un IDE de l'unité d'admission de Mende du CHFT. Pour ces patients, le certificat d'admission est rédigé par le médecin de l'hôpital général puis, le patient est transporté à l'UAPPE.

² Article L.3212-1-II 2° du code de santé publique : « II.-Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission : (...) 2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. (...)»

³ Article 3212-3 du même code : « En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. (...)»

⁴ Article L.3212-1-II 1° du même code: « II.-Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission : 1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci. (...)»

Si aucun lit n'est libre à l'UAPPE, un patient de cette unité est transféré en urgence à Saint-Alban pour libérer un lit. L'hospitalisation directe à Saint-Alban peut aussi être décidée mais beaucoup plus rarement.

Certains patients connus peuvent être admis en soins sans consentement directement à Saint-Alban.

Enfin, des changements de statut de patients entrés en soins libres, passages en soins sur demande d'un tiers (SDTU) ou en soins pour péril imminent (SDTPI), sont parfois décidés pour des patients hospitalisés à Saint-Alban.

Il a été affirmé que lorsqu'aucun psychiatre n'est présent à Saint-Alban pour établir le certificat de 24 heures ou de 72 heures, un psychiatre se déplace de Mende. L'absence de médecin, ou son départ prévu rapidement après l'admission, a pour effet que parfois, le certificat de 24 heures est établi 2 heures après l'admission, ce qui ne correspond évidemment pas à l'objectif du premier examen après l'admission lequel doit permettre de mesurer une évolution.

Recommandation

Pour les personnes admises sans leur consentement, la faiblesse de la présence médicale ne permet pas toujours, au cours des 24 heures suivant leur entrée, une observation de la nécessité des soins conforme à la loi.

3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

Pour les personnes en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), la procédure est gérée par la délégation territoriale de l'agence régionale de santé du Gard à défaut de délégation territoriale pour la Lozère.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en cas de soins sans consentement, la notification des droits est faite par le médecin. Aucun document de consignes relatives à ces notifications n'est disponible pour le personnel.

Il a été également précisé que les soignants étaient supposés notifier la décision au patient. De fait, le cadre de santé de l'UAPPE a indiqué expliquer leur statut aux patients en soins contraints, surtout lorsqu'ils y étaient opposants. Le médecin et les infirmiers reprennent et reformulent l'explication en tant que de besoin. Aucun document-support n'est à leur disposition pour y procéder. Faute de traces de cette notification, il est impossible vérifier sa réalité.

Les droits afférents au statut ne sont ni expliqués et encore moins notifiés aux patients.

Aucune formation aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 n'a été dispensée au personnel en charge des patients en soins contraints.

Recommandation

La procédure de notification de la décision de soins sans consentement au patient qui en fait l'objet doit être précisée et sa mise en œuvre vérifiée. Cette notification doit être signée par le patient et tracée.

Les droits des patients en soins sous contrainte doivent leur être notifiés.

3.1.3 Le recueil des observations des patients

Ces observations ne sont pas recueillies.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

La possibilité de désigner une personne de confiance est supposée être expliquée par les soignants. Aucune trace n'en existe au bureau des admissions.

3.1.5 La confidentialité sur l'hospitalisation

Lorsqu'un patient ne souhaite pas que sa présence au CHFT soit divulguée, mention en est faite dans son dossier administratif ainsi que dans son dossier dans l'unité par le renseignement d'un item prévu à cet effet. Ces patients ne figurent pas sur la liste des personnes présentes fournie au standard téléphonique de l'hôpital.

Chaque année, cette confidentialité est demandée par un ou deux patients. Selon les soignants, cette rareté fait qu'ils y sont attentifs.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS

Les informations délivrées sont celles du livret d'accueil. Celui-ci est un document très dense, dont la rédaction témoigne d'un souci d'exhaustivité. Cette exhaustivité est peut-être excessive, pour les patients, s'agissant de la description de l'organisation institutionnelle de l'hôpital ou de la hiérarchie des agents. En revanche, les droits des patients sont énumérés et les façons de les exercer clairement explicitées. Il est le seul support d'informations fourni sur le statut d'admission et la procédure de soins sous contrainte.

La version du livret distribué au patient date de 2012 ; par suite, ses informations sont pour beaucoup d'entre elles erronées : le plan du site a changé puisque celui qui figure dans le livret n'est donc pas utilisable, voire induit en erreur. Les bâtiments des unités, édifiés, postérieurement n'y figurent pas ; les patients ne peuvent situer celle dans laquelle ils sont hébergés. Les chambres sont décrites comme pouvant être à plusieurs lits ce qui n'est plus le cas dans aucune unité. L'effectif médical annonce dix-huit médecins alors qu'ils n'étaient que neuf (8,6 ETP) pour tous les services, intra comme extrahospitaliers, en juillet 2016. La loi du 5 juillet 2011 a été modifiée...

Recommandation

Un livret d'accueil présentant des informations exactes doit être élaboré et distribué.

3.3 L'AMENAGEMENT ET L'EVOLUTION DES SOINS SANS CONSENTEMENT SONT FAVORISES AFIN DE LIMITER LE RECOURS ET LES EFFETS DE L'HOSPITALISATION COMPLETE

3.3.1 Les sorties de courte durée

Les demandes de sorties de courte durée sont adressées au bureau des entrées par le médecin psychiatre qui les autorise. Elles sont décidées à l'initiative du médecin ou sur demande du patient.

Trois à quatre demandes de sorties de courte durée sont reçues en moyenne chaque semaine.

Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures sont réservées à l'accomplissement de formalités administratives, à la réalisation d'achats divers, aux rendez-vous chez des médecins extérieurs tels que dentiste ou gynécologue ou encore aux visites de foyers ou hôpitaux de jour dans la perspective d'une sortie.

Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures sont dédiées au maintien des liens avec la famille ainsi qu'aux séjours test en appartement thérapeutique.

Lorsque la personne est admise sur décision du représentant de l'Etat, celui-ci doit être prévenu par le bureau des entrées soixante-douze heures avant la sortie, afin de pouvoir, le cas échéant, s'opposer à cette dernière. Il a été indiqué aux contrôleurs que la préfecture s'était déjà opposée à des sorties de courte durée de moins de 12 heures en raison du non-respect du délai de 72 heures prescrit. Cette position a entraîné des tiraillements entre le corps médical et l'administration, les refus ayant concerné un patient souffrant d'une rage de dents pour lequel il y avait urgence à se rendre chez le dentiste et qui a dû attendre soixante-douze heures, ainsi qu'un patient admis aux urgences pour lequel il existait une suspicion de fracture avec nécessité de réaliser une radiographie dans un cabinet médical extérieur.

Depuis, un compromis a été trouvé avec la préfecture qui accepte de statuer plus rapidement sur les demandes pour lesquelles les médecins auront précisé qu'elles étaient urgentes, à condition que celles-ci leur soient bien transmises dans le délai de soixante-douze heures avant la sortie. La pratique demeure donc inadaptée aux personnes ayant besoin d'un examen médical extérieur en urgence.

Lorsque la personne est admise sur la demande d'un tiers, le tiers concerné n'est pas systématiquement informé de l'autorisation de sortie de courte durée, que celle-ci soit ou non accompagnée.

Recommandation

Le tiers demandeur de la mesure doit être informé, préalablement à leur mise en œuvre, des autorisations de sortie non accompagnées, conformément aux dispositions de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, afin qu'il puisse, le cas échéant, s'y impliquer.

3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

a) Le deuxième avis

Lorsqu'il estime que les soins à apporter au patient ne nécessitent plus une hospitalisation complète sous contrainte, le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient établit un certificat médical dans lequel il préconise une levée de la mesure de soins sans consentement.

Lorsque le patient est hospitalisé sur décision du représentant de l'Etat, ce certificat est adressé au préfet afin qu'il puisse prendre un arrêté de levée de l'hospitalisation.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'il n'y avait jamais eu d'opposition du préfet aux levées d'hospitalisation, raison pour laquelle il est rarement sollicité un deuxième avis médical.

Il a cependant été regretté un délai parfois long entre le certificat de levée d'hospitalisation établi par le médecin et la transmission à l'hôpital de l'arrêté de levée permettant la sortie effective du patient. L'arrêté de levée est souvent signé en fin de journée, le dernier jour du délai, imposant au patient une attente parfois difficile à comprendre pour laquelle le personnel ne peut pas lui apporter de précisions.

Recommandation

Une attention devrait être portée au délai dans lequel sont transmis à l'hôpital les arrêtés de levée d'hospitalisation afin que le patient n'ait pas à subir une attente trop longue entre le certificat médical de levée d'hospitalisation et la sortie effective de l'établissement.

b) Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé se réunit principalement pour donner un avis sur la modification de la prise en charge des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat ainsi que pour évaluer la situation des patients hospitalisés à la demande d'un tiers depuis plus d'un an.

La fréquence de ses réunions n'est pas régulière, au jour de la visite il devait se réunir pour deux patients au mois d'août. Ces réunions sont organisées par le bureau des entrées environ dix jours avant la date d'échéance.

Le collège est composé de trois professionnels : le médecin psychiatre chargé du suivi du patient, le cadre de l'unité dans laquelle se trouve le patient ou, à défaut, un infirmier de l'unité, ainsi qu'un médecin psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient.

L'avis du patient est sollicité avant la réunion du collège et transmis par le cadre de l'unité mais il n'est pas, en principe, entendu par le collège directement.

3.3.3 Le passage en programme de soins

Deux types de programmes de soins sont mis en place par l'établissement : des programmes avec hébergement du patient la nuit à l'hôpital et d'autres avec hébergement à l'extérieur de l'hôpital (parfois en famille d'accueil ou en appartement thérapeutique associatif).

Les programmes de soins comportent tous, *a minima*, l'obligation pour le patient de se rendre en consultation en CMP une fois par mois ou, selon les profils, l'obligation de recevoir des visites à domicile d'infirmiers.

Les programmes de soins peuvent ensuite comporter une obligation de suivre des activités, notamment en hôpital de jour.

Au jour de la visite, sur les treize patients admis à l'établissement sur décision du représentant de l'Etat, neuf étaient sous programme de soins. Un des quatre patients en hospitalisation complète avait pu bénéficier d'un programme de soins qu'il avait mis en échec, nécessitant sa réintégration.

Sur les vingt patients admis à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, douze étaient sous programme de soins, dont trois sous programme de soins avec hébergement à l'hôpital.

Ces trois derniers patients, considérés comme placés sous programme de soins dit « intermédiaire » se trouvaient, pour l'un d'entre eux, du lundi au jeudi en famille d'accueil et du vendredi au dimanche à l'hôpital, pour le deuxième, deux nuits hébergés en famille et le reste de la semaine à l'hôpital et pour le troisième, une nuit par semaine hébergé à l'extérieur de l'hôpital. Il a été précisé aux contrôleurs que ces programmes de soins sont organisés pour tester les patients plus fragiles et rapidement évolutifs, le nombre de nuits à l'extérieur de l'hôpital s'élargissant progressivement.

Les programmes de soins sont systématiquement adressés à l'agence régionale de santé, au tribunal de grande instance de Mende (ou du département d'origine du patient si celui-ci vient d'un autre département), ainsi que, le cas échéant, au tiers demandeur à la mesure et au tuteur.

Les programmes de soins concernant des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat sont adressés à la préfecture. Selon les informations recueillies, aucun cas d'opposition du préfet n'a été relevé.

3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST REALISE DANS DE BONNES CONDITIONS, LES MODALITES DE REMUNERATION DE L'AVOCAT MERITANT TOUTEFOIS D'ETRE RECONSIDEREES

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) se tiennent sur le site du centre hospitalier de Mende, dans les locaux de l'unité d'admission (UAPPE).

Le choix de cette localisation a été fait en raison du nombre généralement plus important de patients hospitalisés sous contrainte au sein de l'unité d'admission ainsi que de sa proximité avec le tribunal de grande instance de Mende.

Les audiences sont programmées en général les mardi et vendredi matin.

Peu de dossiers sont examinés à l'année, environ une quarantaine. Le JLD ne siège donc pas tous les mardis et vendredi mais en fonction des demandes.

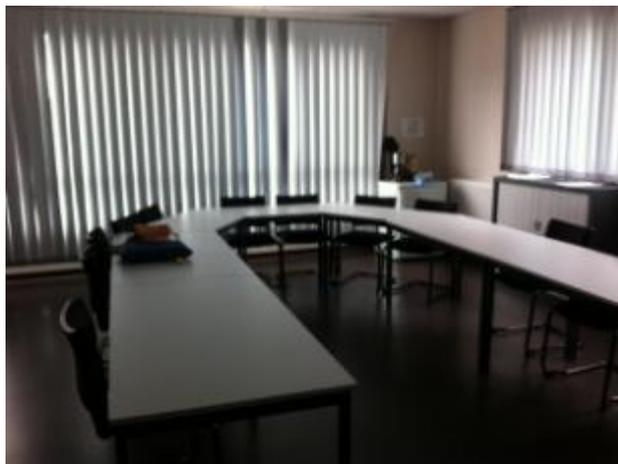
Les patients hospitalisés à l'UAPPE se rendent à la salle d'audience accompagnés d'un infirmier, quelques minutes avant l'heure de convocation.

Les patients hospitalisés sur le site de Saint-Alban se rendent à l'audience en véhicule sanitaire léger appartenant à l'établissement, accompagnés par un infirmier, une personne du bureau des entrées et le chauffeur. Lorsque le patient ne se rend pas à l'audience, seule la personne du bureau des entrées fait le déplacement. Le trajet dure entre 35 et 40 minutes.

L'infirmier accompagnant appartient à l'unité qui prend en charge le patient. Il peut assister à l'audience s'il le souhaite. En pratique, la plupart des infirmiers demandent leur avis au patient. Les patients venant de Saint-Alban sont rarement plus d'un par audience, parfois deux.

3.4.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Les audiences se tiennent dans une salle de réunion, sans solennité particulière.



Salle d'audience du JLD

Le JLD y siège en tenue civile, accompagné d'un greffier. Sont également présents à l'audience l'avocat, l'infirmier selon les cas, et la personne du bureau des entrées en qualité de représentant de l'hôpital.

Lorsque le patient arrive, il rencontre l'avocat dans un petit bureau situé à côté de la salle d'audience et garantissant la confidentialité des échanges.

Un avocat du barreau de Mende, désigné par le bâtonnier, est présent à chaque audience pour assister ou représenter les patients qui n'ont pas fait le choix d'un avocat en particulier. Le barreau compte seize avocats qui assurent cette mission à tour de rôle.

Plusieurs patients se sont plaints auprès des contrôleurs d'avoir été facturés par l'avocat intervenu à leurs côtés alors qu'ils n'avaient pas souhaité cette intervention. Les tarifs rapportés variaient entre 160 et 400 euros. Il apparaît que si la loi a rendu l'intervention de l'avocat obligatoire dans le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte, aucune disposition ne prévoit la gratuité de cette intervention pour le patient.

Interrogés sur ce point, les avocats ont précisé aux contrôleurs ne pas bénéficier de l'aide juridictionnelle systématique, comme cela peut être constaté dans d'autres ressorts sur le fondement de l'article 6 de la loi du 10 juillet 1991⁵, et ne pouvoir être indemnisés à ce titre que

⁵ « L'aide juridictionnelle peut, à titre exceptionnel, être accordée aux personnes ne remplissant pas les conditions fixées à l'article 4 [plafond de ressources] lorsque leur situation apparaît particulièrement digne d'intérêt au regard de l'objet du litige ou des charges prévisibles du procès [...] »

lorsque les ressources du patients ne dépassent pas le plafond prévu pour obtenir le bénéfice de l'aide juridictionnelle (1 000 euros pour l'aide juridictionnelle totale en 2016).

Les avocats rencontrés ont indiqué aux contrôleurs que beaucoup de patients disposaient de ressources excédant ce plafond, leur imposant d'établir des factures pour leur intervention, tout en sachant que le patient aura du mal à comprendre cette facturation. Les avocats ont précisé que dans 90 % des cas, les factures qu'ils établissent à ce titre ne sont pas réglées et qu'ils se retrouvent à intervenir le plus souvent à titre gratuit.

Selon les informations recueillies, des réunions auraient été organisées entre le président du tribunal de grande instance de Mende, le bâtonnier du barreau de Mende et le responsable du bureau d'aide juridictionnelle de ce tribunal pour soulever la difficulté et solliciter l'application de l'article 6 de la loi du 10 juillet 1991, qui permet d'accorder l'aide juridictionnelle sans tenir compte des plafonds de ressources. Le bureau d'aide juridictionnelle aurait confirmé lors de ces réunions refuser d'appliquer ces dispositions et solliciter systématiquement des informations auprès de l'administration fiscales lors de l'instruction des dossiers des patients pour motiver les refus d'octroi de l'aide juridictionnelle.

Recommandation

Il n'est pas acceptable que le patient hospitalisé sous contrainte, auquel la loi impose un examen de son dossier par le JLD ainsi que le recours à un avocat, se voit ensuite facturer l'intervention de cet avocat. Des instructions devraient être données aux bureaux d'aide juridictionnelle pour que l'avocat intervenant dans ce contentieux puisse être systématiquement indemnisé au titre de l'aide juridictionnelle, sur le fondement de l'article 6 de la loi du 19 juillet 1991.

Durant l'audience, le JLD pose parfois des questions au représentant de l'hôpital ainsi qu'à l'infirmier lorsqu'il a accepté d'y assister. Selon les informations recueillies, l'infirmier est libre d'y répondre ou non.

Le JLD rend sa décision sur le siège et la notifie oralement au patient, en lui précisant les voies de recours.

3.4.3 Les décisions rendues

Les contrôleurs n'ont pas pu se faire communiquer de données chiffrées sur le nombre d'audiences réalisées par le JLD à l'année.

Si la plupart des décisions rendues sont un maintien en hospitalisation sous contrainte, il arrive que le JLD prononce des mainlevées.

Au cours de l'année 2016, deux décisions de mainlevée ont été rendues, toutes deux au motif que le patient se montrait cohérent à l'audience et que son état ne justifiait manifestement pas un maintien en hospitalisation complète. Les deux mainlevées ont été immédiates, sans délai pour mettre en place un éventuel programme de soins. L'un des patients est demeuré à l'hôpital en soins libres, l'autre est retourné à son domicile.

Peu de mainlevées sont ordonnées pour des raisons de procédure. Deux l'ont été quelques années auparavant, l'une en raison de l'absence de mention du nom du médecin sur un certificat et l'autre de l'absence de signature du médecin.

Selon les informations recueillies, il est très rare que les patients fassent appel des décisions rendues par le JLD. Dans ce cas, la cour d'appel de Nîmes (Gard) a toujours confirmé la décision rendue.

Il n'est jamais arrivé que les patients saisissent eux-mêmes le JLD pour demander la mainlevée de leur hospitalisation, les audiences organisées étant toujours des audiences de contrôle obligatoire.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

Bien que d'une capacité d'accueil de plus de quatre-vingts lits, l'établissement hospitalier n'a pas renouvelé le poste du mandataire ayant fait valoir ses droits à la retraite en 2014. Deux associations prennent en charge les patients soumis à des mesures de tutelle ou de curatelle : l'union départementale des affaires familiales (UDAF) et l'association tutélaire de Lozère (ATL). Les services de psychiatrie ont une longue pratique du travail avec les curateurs et les tuteurs de leurs patients avec lesquels les relations sont décrites comme faciles. Le juge des tutelles a également agréé deux personnes de la société civile qui ont à charge quelques patients. Les tuteurs et curateurs sont informés des admissions et des sorties des patients dont ils ont la charge et sont associés aux projets de soins en relation avec les assistantes sociales.

4.2 LES BIENS DES PATIENTS

L'inventaire des vêtements, objets et papiers du patient est effectué dès l'arrivée.

Rédigé sur un formulaire spécifique, l'inventaire est signé par le patient s'il est en mesure de le faire. Dans le cas contraire, deux soignants signent le document.

Le médecin définit ce que le patient est en mesure de garder (téléphone portable notamment).

Les biens des patients sont conservés pour partie dans les unités (cf. *infra* § correspondants). Néanmoins, s'agissant des objets précieux ou des objets interdits, ils sont mis au coffre du bureau des entrées dans des enveloppes nominatives. Un registre, signé par le régisseur, le patient et un soignant (deux soignants si le patient n'est pas apte à le signer), retrace les entrées et sorties. Les unités situées à Mende n'ayant pas de bureau des entrées, les biens sont conservés temporairement dans le coffre du bureau du cadre de santé puis rapportés, sous enveloppe scellée, à Saint-Alban par l'agent administratif qui se déplace régulièrement pour les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) ou par le chauffeur de la navette quotidienne.

Les petites sommes peuvent être conservées par le patient ou versées à la banque des patients.

Pour les patients placés sous mesure de protection juridique, les tuteurs interviennent pour les achats : avant l'opération, ils adressent par télécopie au commerçant un bon d'achat, le commerçant délivre ensuite l'article au patient puis, envoient la facture au tuteur qui l'acquitte. Ils peuvent aussi effectuer un virement au profit du trésorier de l'hôpital ce qui permet ensuite au patient d'effectuer un retrait à la banque des patients.

4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

L'accès au dossier médical se fait après demande écrite au directeur du centre hospitalier accompagnée d'un justificatif d'identité. Un accusé de réception est renvoyé. Le directeur saisit alors le médecin concerné qui fait la copie du dossier et la remet, sous pli cacheté, au bureau des entrées pour envoi en recommandé avec accusé de réception. Le délai légal de huit jours est considéré par le personnel administratif comme étant beaucoup trop court pour assurer l'ensemble des tâches à accomplir et il arrive qu'il soit dépassé. Cependant, selon les propos recueillis, aucune demande n'a été enregistrée auprès du directeur. Les soignants privilégient l'information donnée aux patients notamment avant la tenue des audiences du JLD car les

demandes de dossiers interviennent en majorité au moment de la convocation pour cette audience.

Selon les statistiques enregistrées par la CRUPQC⁶, treize dossiers ont été demandés en 2015.

4.4 LA SEXUALITE

Le discours des soignants interrogés sur ce thème varie d'une unité à l'autre. L'interdiction des relations sexuelles – si elle n'est pas écrite – serait en vigueur pour certains ; pour d'autres, n'étant pas interdite, elle serait de fait autorisée. Aucune sensibilisation, prévention ou distribution de préservatifs n'est effectuée. A l'unité de post-crise, un couple de jeunes gens s'est formé auprès duquel les soignants n'interviennent nullement, ni pour les contraindre à cesser leur relation, ni pour leur proposer une contraception ou leur donner des informations en matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles : « *on ne peut pas travailler ce domaine de manière directe* ». A l'UAPPE, « *on protège les jeunes filles* » mais on ne propose pas de préservatifs ; on rappelle que les chambres sont individuelles mais il n'y a pas de règle écrite.

Recommandation

Une réflexion devrait être engagée afin d'envisager les moyens dont les patients pourraient disposer pour gérer leur vie affective et sexuelle.

4.5 LE DROIT DE VOTE

En l'absence de sollicitations, le droit de vote n'est pas mis en œuvre par le centre hospitalier. Les patients originaires des environs se rendent au bureau de vote avec leur famille ou dans le cadre de sorties accompagnées.

4.6 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES

Un aumônier (femme) a exercé des fonctions au sein du CHFT de 2007 à 2014 dans le cadre d'une activité salariée. Depuis cette date, elle intervient à titre de bénévole. Une personne engagée à mi-temps en remplacement n'est restée que six mois, son contrat ayant été rompu par l'administration. Après une réunion à l'Evêché, il est convenu qu'une équipe de trois aumôniers interviendra à compter de septembre 2016.

Seules les fêtes religieuses donnent lieu à un office catholique dans la chapelle du site de Saint-Alban.

4.7 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN

Du fait de l'insuffisance chronique du nombre de psychiatres, il n'est pas dans la possibilité de l'établissement de proposer le libre choix du médecin.

⁶ Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, remplacée par la commission des usagers avec l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DEMEURE UNE VALEUR FORTE DE L'ETABLISSEMENT

La liberté d'aller et venir pour les patients est totale en principe. Seuls les bâtiments de l'unité de géronto-psychiatrie sont fermés, mais la porte peut être ouverte par les patients capables de former un code déclenchant l'ouverture. L'hôpital lui-même n'est pas enclos et les patients peuvent librement en sortir pour se rendre dans la ville.

En pratique, selon un cadre de santé, les patients ne sortent guère des bâtiments. De fait, durant leur présence, les contrôleurs ont croisé peu de patients et toujours les mêmes. Cependant, pour les patients, la possibilité de sortir ne fait pas question.

Il a été également constaté que les soignants s'efforçaient d'accompagner en promenade chaque jour ceux des patients qui, compte tenu de leur pathologie, n'auraient pas été capables de se promener seuls.

5.2 LA VIE COURANTE

5.2.1 La restauration

La restauration est assurée par une cuisine centrale, construite sur le site de Saint-Alban et fournissant quotidiennement 550 repas dont 400 pour l'ensemble des structures de l'établissement et dans le cadre d'une convention 100 repas destinés à une crèche, à l'école communale de Saint-Alban ainsi qu'à un établissement pour personnes âgées.

Le personnel se compose d'un responsable cuisinier, de neuf agents professionnels et d'un magasinier.

Dans le cadre de la réduction des effectifs, le contrat de la diététicienne n'a pas été renouvelé. Le responsable a bénéficié d'une formation et la validation des menus se fait mensuellement par une diététicienne privée.

Les repas sont préparés en liaison froide et acheminés par camion frigorifique, hormis le plat principal servi en liaison chaude dans les unités ainsi qu'au self du personnel où certains patients à tour de rôle prennent leur repas. Le pain frais est livré chaque jour dans les unités et au self par le boulanger local de chaque site dans le cadre d'un marché public.

Les livraisons de repas se font les lundis, mercredis et vendredis.

Les régimes et préférences alimentaires sont pris en compte dès lors qu'ils sont effectivement signalés par les soignants. Du fait des nombreux régimes, sont cuisinés systématiquement deux viandes ou poissons et deux légumes ce qui permet de tenir compte des « non goûts ».

Le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) se réunit deux fois par an. Il a initié des ateliers cuisine à destination des patients en géronto-psychiatrie comme dans les trois unités.

Par ailleurs, six patients peuvent prendre leur repas au self du personnel dans le cadre de « repas thérapeutiques » accompagnés.

5.2.2 L'hygiène

Les ASH entretiennent les locaux dans leurs créneaux horaires de travail qui assurent une couverture assez large de 7h30 à 20h30.

L'hygiène des patients est supervisée par les aides-soignants et infirmiers. Les produits d'hygiène corporelle sont fournis à l'arrivée dans l'attente d'une prise en charge par la famille ou le tuteur de l'achat par les patients eux-mêmes. Les achats peuvent se faire au village de Saint-Alban contigu au centre hospitalier. Dans l'éventualité d'un patient démuné en ressources suffisantes, des produits sont fournis par l'établissement. Le linge hospitalier est lavé et repassé par la blanchisserie, le linge personnel est pris en charge par la famille, à défaut par l'hôpital.

La blanchisserie, construite sur le site de l'hôpital, est constituée sous la forme juridique de groupement d'intérêt public (GIP). Vingt-huit agents sont mis à sa disposition pour traiter tant le linge de toutes les structures du centre hospitalier que celui de tous les hôpitaux de Lozère (douze établissements) et d'hôpitaux des départements voisins (un en Aveyron et un dans le Cantal).

Par ailleurs, des « ateliers linge » sont organisés afin que les patients qui sont en capacité de le faire retrouvent les gestes du quotidien en utilisant le lave-linge et la sècheuse.

Dans chaque unité est désigné un correspondant hygiène qui fait le lien avec la sous-commission relative à la sécurité des soins. Cette sous-commission de la CME relative à la qualité et à la sécurité des soins - composée d'un médecin, du pharmacien et d'une infirmière hygiéniste - se réunit quatre fois par an afin de veiller à la qualité des soins. Pour ce faire, une méthodologie a été mise en place qui analyse les parcours de patients dits « patients traceurs » dont l'autorisation est sollicitée.

Une coiffeuse se rend régulièrement dans les unités.

5.2.3 La sécurité

Le centre hospitalier de Saint-Alban est totalement ouvert sur l'extérieur, sans grille, ni barrière quelconque. Il n'existe donc pas de poste de garde mais le domaine est couvert par un système de vidéosurveillance qui reporte les images des circulations dans le domaine auprès du responsable des services techniques. Les images sont conservées durant une quinzaine de jours. C'est à l'origine, des vols qui ont conduit à mettre en place ce système deux ans avant la visite.

Les deux unités sises à Mende ne comportent pas de moyen de surveillance particulier.

Tous les agents sont dotés d'un système de « protection du travailleur isolé » (PTI), couplé à leur téléphone portable professionnel ce qui, selon les propos recueillis, les incite à le garder sur eux en permanence. L'établissement n'a pas choisi de se doter d'agents de sécurité, c'est donc par la mutualisation des forces en présence que se gèrent les incidents.

Au jour de la visite des contrôleurs, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) n'avait pas signé de protocole avec les services de police ou de gendarmerie mais, selon les propos recueillis, ces conventions seraient en cours d'élaboration. A l'unité de post-crise, durant la période d'observation initiale, le périmètre de circulation du patient nouvellement admis sous contrainte n'est pas limité ce qui permet de ne pas entraver la liberté de mouvement des autres patients, le bâtiment étant ouvert pendant la journée.

En cas d'incendie, un plan d'évacuation est prévu, affiché dans tous les locaux et le personnel est formé.

5.2.4 Les transports

Le centre hospitalier a acquis ses propres véhicules (cinquante-sept véhicules) conduits par des chauffeurs (7 ETP) appartenant à l'établissement, véhicules qui servent de navettes au quotidien avec les autres établissements tant pour la logistique que pour des raisons administratives ou thérapeutiques. Les transports en direction de l'hôpital général pour des consultations ou des examens, vers les familles, vers le site de Mende où se tient l'audience du JLD se font par ces navettes. En revanche, si le patient doit être allongé, il est fait appel à une société d'ambulances ou à des taxis réservés par le bureau des entrées. Des minibus et des véhicules de tourisme sont utilisés pour les sorties de proximité ou lointaines lors des sorties récréatives.

5.2.5 L'accès au tabac

L'accès au tabac est soumis à une autorisation médicale. Les patients qui sont en mesure de gérer leur consommation conservent leurs cigarettes ; les autres se voient remettre à intervalles prescrits les cigarettes leur appartenant, conservées par les soignants dans leurs casiers dans le bureau infirmier.

5.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FAVORISEES PAR LA SOUPLESSE DES SOIGNANTS, EN PARTICULIER DANS L'ACCES AU TELEPHONE ET LES HORAIRES DE VISITE

5.3.1 Le téléphone

Les patients sont en principe autorisés à conserver leur téléphone portable en unité, sauf exception décidée par le médecin compte tenu de l'état clinique.

L'utilisation des téléphones portables est encadrée dans chaque unité : autorisé de 17h à 19h à l'UAPPE et de 17h à 18h à l'URE et à l'URO. Il a cependant été précisé aux contrôleurs qu'il arrivait que le téléphone soit laissé à la disposition du patient en dehors de ces créneaux horaires, selon son état et ses besoins, certains patients pouvant même le conserver toute la journée si le médecin l'y autorise.

Bonne pratique

Les patients sont autorisés par principe à faire usage de leur téléphone portable en unité. Cette pratique est de nature à faciliter le maintien des liens familiaux et permet d'assurer la confidentialité des échanges.

Les unités de soin ne sont pas dotées de cabines téléphoniques, à l'exception de l'unité de géro-psycho-geriatrie, en raison de l'âge avancé des patients peu familiarisés avec l'usage du téléphone portable. Lorsqu'un patient ne dispose pas de téléphone portable, le téléphone de l'unité est ponctuellement mis à sa disposition. Lorsque les familles souhaitent appeler le patient, la communication est reçue sur le téléphone de l'unité.

A l'UAPPE, il a été indiqué aux contrôleurs qu'en dehors des heures de remise du téléphone portable, les patients qui ont besoin de téléphoner doivent utiliser le téléphone de l'unité, même lorsqu'ils disposent de leur propre téléphone portable. Aucune raison de nature à justifier que leur téléphone portable ne leur soit pas remis à cette occasion n'a pu être avancée. Les

communications téléphoniques entrantes peuvent être passées aux patients dans les chambres qui sont équipées de postes fixes. Des patients se sont plaints de cette restriction, expliquant que « le portable n'est pas un objet anodin, on s'y investit énormément, on se sent privé d'une de ses libertés, au moins, on devrait l'avoir à partir de midi ; si on est dehors, on rate les appels qui nous sont passés dans les chambres, c'est frustrant ».

5.3.2 Le courrier

Les patients peuvent envoyer et recevoir du courrier *via* le vaguemestre de l'hôpital.

Dans certaines unités (telles que la géronto-psychiatrie), une boîte à lettres est installée dans laquelle les patients peuvent déposer directement leur courrier ; elle est relevée par le vaguemestre. Dans d'autres (telles que l'URE ou l'URO), il n'y a pas de boîte à lettres. Le courrier à envoyer est alors soit confié à un soignant qui le remet au vaguemestre, soit déposé par le patient à l'accueil.

Les timbres peuvent être achetés par les patients à la cafétéria du site de Saint-Alban ou à l'occasion des sorties en ville.

Il a été précisé aux contrôleurs que les courriers des patients de l'UAPPE doivent transiter par le site de Saint-Alban avant d'être expédiés. De ce fait, les patients autorisés à se rendre en ville en profitent pour poster leur courrier directement.

Recommandation

Un système devrait être recherché pour éviter que le courrier expédié par les patients des unités d'hospitalisation de Mende ne transite par le site de Saint-Alban avant d'être posté, ce circuit imposant un délai d'acheminement plus important.

5.3.3 La télévision

Les patients ont accès à la télévision au sein de salles communes, chaque unité disposant de deux ou trois salles de télévision selon les cas, à l'exception toutefois de l'URO qui ne dispose que d'une salle rendant parfois difficile le choix du programme.

Les patients peuvent se rendre dans ces salles tout au long de la journée. Il a néanmoins été précisé aux contrôleurs que l'accès pouvait en être restreint lorsqu'il fait beau, pour inciter les patients à prendre l'air.

Sur le site de Saint-Alban (URO, URE et UPC), les chambres des patients disposent de branchements pour y installer des postes de télévision individuels. Une réflexion a été menée sur l'accès à la télévision lors de l'installation dans ces nouveaux locaux, afin de savoir si certains patients pouvaient être autorisés à disposer de leur propre téléviseur. Le choix a été fait de ne pas retenir cette possibilité, afin d'éviter tout sentiment de jalousie entre les patients.

Les patients choisissent eux-mêmes le programme à regarder, la télécommande étant à leur disposition. Selon les informations recueillies, ils parviennent toujours à s'accorder ou lorsque ce n'est pas le cas, se répartissent entre les différents postes de télévision, ce qui n'est pas possible à l'URO.

A l'UAPPE cependant, les télécommandes des trois téléviseurs sont manquantes, le changement de chaîne ne peut s'effectuer que sur le poste directement, opération difficile pour les postes installés en hauteur.



Salle de télévision de l'UAPPE

Recommandation

Des télécommandes doivent être laissées à la disposition des patients pour tous les postes de télévision, afin de leur permettre de choisir librement le programme qu'ils souhaitent regarder.

5.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leur ordinateur, sauf exception sur prescription médicale.

Un poste informatique est disponible dans le cadre des activités d'ergothérapie à l'UAPPE. Un poste informatique est également disponible à la cafétéria du site de Saint-Alban.

Les patients n'ont en principe pas accès à internet, les postes informatiques laissés à leur disposition ne disposant pas d'une telle connexion.

Ils ne peuvent pas non plus se connecter avec leurs propres appareils *via* le wifi de l'établissement, celui-ci ne leur étant pas accessible.

Néanmoins, les patients qui disposent d'un téléphone portable de type Smartphone peuvent accéder à internet par ce biais durant les plages horaires où le téléphone est laissé à leur disposition.

Recommandation

L'accès des patients à internet devrait faire l'objet d'une réflexion.

5.3.5 Les visites

Des plages horaires sont en principes prévues pour les visites dans chaque unité.

A l'UAPPE, les visites se déroulent l'après-midi, de 14h à 18h30. Les patients sont invités à recevoir leurs proches de préférence en chambre, les visites étant nombreuses. Néanmoins, un salon est laissé à leur disposition lorsqu'il y a des enfants.

Sur le site de Saint-Alban, les patients reçoivent beaucoup moins de visites, en raison des durées d'hospitalisation ainsi que de l'éloignement géographique. Le personnel fait preuve de souplesse pour l'organisation de celles-ci et s'adapte aux horaires souhaités par la famille. Les visites se déroulent de préférence dans les salons familiaux et non en chambre. Dans l'unité de gériopsychiatrie, les familles ne sont pas autorisées à pénétrer dans l'unité (cf. § 7.5.1).



Salon familial commun à l'URE et l'URO

Les visites peuvent également se dérouler à l'extérieur.

Les enfants de moins de 10 ans ne sont pas autorisés à entrer dans les unités sauf exception.

5.4 DES LIEUX COLLECTIFS NOMBREUX ET BIENS EQUIPES MAIS SOUS-UTILISES

L'hôpital François Tosquelles, à l'exception de son unité de gériopsychiatrie, est un hôpital fonctionnant en mode ouvert. La grande majorité des patients peuvent circuler et accéder aux lieux collectifs. Les patients non autonomes ou ayant de graves problèmes d'orientation (patients présentant un Alzheimer en gériopsychiatrie) y sont accompagnés par des soignants.

Les lieux collectifs constituent une plate-forme multidisciplinaire identifiée sous le vocable « accueil de jour » comportant une cafétéria, une « banque », une bibliothèque, une salle informatique, une salle Snoezelen (thérapie multisensorielle), une salle d'expression sensorielle, un atelier soins esthétiques et un atelier cuisine.

Un bâtiment indépendant regroupe les activités d'ergothérapie et un ensemble immobilier déporté, à cinq minutes en voiture, dénommé « pôle professionnel » (ancien centre de réadaptation) regroupe des activités de jardinage, d'imprimerie et de travail du bois.

L'animation de ces lieux collectifs est assurée par 11,6 ETP comportant six IDE, deux AS, cinq ergothérapeutes et une éducatrice technique. Un médecin participe à cette plate-forme le vendredi après-midi. Il a cependant été indiqué aux contrôleurs que des prélèvements sont très régulièrement effectués sur ces effectifs pour pallier le manque de personnel dans les unités

d'hospitalisation, dégradant ainsi fortement la capacité d'animation thérapeutique de cet accueil de jour.

Le budget consacré aux activités thérapeutiques a été diminué de 40 % par rapport à celui de l'année précédente. Selon les interlocuteurs rencontrés, cette réduction a été imposée par la direction de l'établissement sans consultation de la commission des activités qui se réunissait quatre fois par an.

Cette réduction a conduit à la suppression des activités les plus coûteuses ; les camps thérapeutiques ou les camps d'équitation (médiation animale) ont été les premiers sacrifiés.

5.4.1 La cafétéria

Ouverte tous les jours de 10h à 12h et de 13h30 à 16h 30, la cafétéria dispose de deux salles, l'une avec un « bar » permettant la délivrance de boissons et de confiseries, comportant outre des tables avec chaises, un flipper gratuit, une terrasse, l'autre plus grande comporte un baby-foot, différents espaces « salon » dont un avec poste de télévision.

La cafétéria est animée par les soignants avec participation « thérapeutique » de certains patients pour la délivrance des boissons, l'encaissement et les achats de produits.

Les contrôleurs ont pu constater une assez bonne fréquentation des patients.

5.4.2 La bibliothèque

Petite et relativement pauvre, la bibliothèque est provisoirement fermée, par manque de personnel.

5.4.3 L'atelier création

Il est composé d'une petite salle permettant des activités manuelles. Il n'était pas utilisé lors du passage des contrôleurs.

5.4.4 La banque

La banque des patients est ouverte, tous les jours sauf le week-end, gérée par une association ; elle est tenue par trois IDE, qualifiés en tant que régisseurs par le trésor public. Y sont déposés les numéraires dont disposent les patients ainsi que leurs éventuelles cartes de crédit. Chaque patient dispose d'un état nominatif de ses dépôts et retraits. Un lien étroit est assuré par les régisseurs avec les tuteurs ou curateurs des patients adultes dépendants.

5.4.5 La salle informatique

Disposant de deux ordinateurs, elle n'est actuellement pas opérationnelle.

5.4.6 La salle Snoezelen,

Comporte un matelas et des tapis adaptés à cette activité. Elle fonctionne une fois par semaine.

5.4.7 La salle d'expression corporelle

Très grande salle, lumineuse, équipée de tapis et de sonorisation est utilisée une fois par semaine pour une activité de danse.

5.4.8 L'atelier de soins esthétiques

Petite pièce dotée comme un salon d'esthétique, l'atelier est animé une fois par semaine par une IDE spécialement formée à cette activité.

5.4.9 Le bâtiment d'ergothérapie

Ce bâtiment comporte différentes salles adaptées aux activités de peinture, dessin, travail de la terre. Il est animé par deux ergothérapeutes. Il n'y avait pas d'activité lors du passage des contrôleurs.

5.4.10 Le pôle professionnel

Situé à une distance de cinq minutes en voiture du site principal de l'hôpital François Tosquelles, nécessitant l'utilisation d'une navette, ce pôle composé de deux bâtiments et d'un jardinet regroupe : une serre, un atelier bois et des installations de reprographies, qualifiées d'imprimerie.

Lors de la visite des contrôleurs quatre patients encadrés par une ergothérapeute étaient présents à l'atelier bois.

5.4.11 Les installations sportives

Il n'y a pas d'installations sportives sur le site. Une convention a cependant été passée avec la piscine de Saint-Chély-d'Apcher. Une navette est organisée tous les jeudis et vendredis.

Si les outils permettant des activités collectives encadrées sont nombreux, ces lieux collectifs semblent très largement sous-utilisés. Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir d'état quantitatif de fréquentation de ces activités. Il a été indiqué aux contrôleurs que le plan de retour à l'équilibre de l'établissement ayant porté notamment sur une réduction de 40 % des budgets thérapeutiques conjugué au sous-effectif des unités de soin ont impacté considérablement l'utilisation des lieux collectifs.

Recommandation

Il est regrettable que les outils d'activités et lieux collectifs particulièrement nombreux et bien dotés ne soient pleinement utilisés. Un renforcement des moyens en personnel pour assurer l'encadrement devra être recherché.

5.5 DES SOINS SOMATIQUES BIEN ASSURES

5.5.1 L'accès au médecin généraliste

Un médecin somaticien est présent à temps plein sur le site de Saint-Alban cinq jours et demi sur six, effectuant une demi-journée de présence sur le site de Mende.

Un bilan systématique clinique, biologique, électro-cardiographique est réalisé pour chaque arrivant dans les 24h de son arrivée. Des sérologies (hépatites et VIH) sont proposées ainsi que la mise à jour des vaccinations.

Le dossier médical est informatisé

Une contraception peut être proposée à la demande des patientes ou en cas de situations à risque.

La permanence des soins sur l'établissement est en journée (8h30 -18h30) assurée selon un tableau de permanence médicale et la nuit, les week-ends et jours fériés par une astreinte téléphonique à domicile. De plus, si besoin, il est recouru au service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et au service d'urgence de l'hôpital de Mende.

5.5.2 Les consultations spécialisées

Les consultations de spécialités sont réalisées à l'hôpital de Mende ou à la clinique de Marvejols. Les délais moyens de rendez-vous, hors urgence, sont de trois semaines.

Les soins dentaires sont réalisés dans un cabinet libéral à Saint-Alban, sauf les soins nécessitant une anesthésie générale qui sont réalisés au CHU de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

5.5.3 La pharmacie

L'hôpital François Tosquelles dispose d'une pharmacie à usage intérieure tenue par deux pharmaciens représentant un ETP⁷ et trois préparatrices en pharmacie représentant 2,3 ETP.

Les prescriptions pharmaceutiques sont informatisées, permettant un bon suivi et un contrôle du circuit du médicament.

Les produits sont livrés en conteneurs une fois par semaine dans les unités, dans lesquelles les infirmiers (-ères) de nuit confectionnent pour chaque jour des piluliers nominatifs. Le contenu des piluliers est contrôlé et tracé par les IDE⁸ de jour avant distribution.

5.5.4 Le laboratoire

En semaine les examens biologiques sont réalisés par un laboratoire privé de Saint-Alban qui vient chaque jour chercher les prélèvements. Les résultats sont rendus par télécopie *via* la pharmacie.

En cas d'urgence les week-ends, la biologie est traitée par l'hôpital de Mende par coursier spécial.

5.5.5 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Il existe un CLUD, présidé par le médecin généraliste de l'établissement et composé outre le président par un médecin psychiatre, une IDE et un représentant de chaque unité. Le CLUD se réunit quatre fois par an et participe à deux réunions régionales par an. Les comptes rendus sont accessibles sur l'intranet, ainsi que des protocoles de prise en charge de la douleur.

5.5.6 La qualité et la sécurité des soins

Une sous-commission de la CME se réunissant quatre fois par an (mars, juin, septembre et novembre en 2015) est chargée de la qualité et de la sécurité des soins. Les comptes rendus sont accessibles sur l'intranet.

⁷ ETP : équivalent temps plein

⁸ IDE : infirmier (infirmière) diplômé d'état

5.6 LES INCIDENTS SONT BIEN SUIVIS ET TRAITES

La gestion des plaintes, réclamations et incidents est conjointement assurée par la direction générale et la direction de la qualité de façon très protocolisée.

5.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Toute plainte ou réclamation est enregistré par le secrétariat de direction avec envoi d'un accusé de réception au plaignant avant d'être transmise pour traitement à la direction de la qualité.

Après instruction de la plainte soit une rencontre avec le médiateur est proposée soit en fin d'instruction une « réponse définitive » est adressée au plaignant.

Parallèlement, des mesures de correction et de prévention sont prises.

Une fiche d'information aux patients et famille datant d'avril 2013 et affichée près de l'accueil propose pour toute question ou plainte une permanence à la direction des soins tous les premiers vendredis du mois de 14h à 16h avec possibilité de prise de rendez-vous avec le président de la CME, le représentant de l'UNAFAM ou la directrice des soins.

Le livret d'accueil remis à l'entrée des patients comporte des informations sur la gestion des réclamations et plaintes et la CRUQPC⁹.

Un état des plaintes et réclamations est présenté chaque année à la CRUQPC.

Pour les six premiers mois de 2016 :

- six plaintes ont été enregistrées (quatre patients et deux familles, quatre portant sur la qualité des soins, une sur les droits individuels des patients et une sur l'accueil et l'environnement) ;
- quatre réponses définitives ont été adressées dans une moyenne de quinze jours, deux sont en attente de réponse (une depuis le 25 janvier 2016 l'autre depuis le 23 mai 2016).

5.6.2 Les événements indésirables

La gestion des événements indésirables (EI) a été réorganisée en 2015 avec saisie anonymisée en ligne des événements indésirables.

Une cellule opérationnelle de la gestion des risques et la qualité a été mise en place et se réunit chaque mois. Parallèlement un effort pédagogique relatif aux objectifs et procédure de déclaration des EI a été effectué vers le personnel. Ce travail pédagogique a permis d'améliorer le nombre de déclaration d'EI : 93 déclarations en 2013, 117 en 2014 et 206 en 2015.

Après chaque déclaration le déclarant est systématiquement contacté par la direction de la qualité.

Un CREX¹⁰ est en place et se réunit selon les besoins (deux fois en 2016). Une vingtaine de professionnels ont été formés par un organisme extérieur au fonctionnement d'un CREX.

¹⁰ CREX : comité de retour d'expérience

Le nombre de déclarations en lien avec une agression a amené à mettre en place une procédure avec fiche spécifique d'analyse des EI liés à une agression suite au CTE¹¹ de mars 2016.

5.7 L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES

La prise en charge des personnes détenues fait l'objet d'une procédure élaborée en 2010 par l'établissement.

5.7.1 Le transfert de la personne détenue et le choix de l'unité d'accueil

Le patient est transporté depuis la maison d'arrêt de Mende soit dans le véhicule du CHFT avec le chauffeur de l'établissement, soit par un transporteur sanitaire agréé ; l'effectif soignant qui accompagne dépend de l'état du patient et comprend au moins un infirmier.

Les patients détenus sont toujours hospitalisés à l'UAPPE où ils restent, en principe et conformément à ce que prévoit cette procédure, dans une chambre d'isolement durant tout leur séjour.

Il arrive qu'un patient détenu ait le droit d'aller dans le reste des locaux de l'unité ; tel a été le cas d'un patient qui y a achevé sa peine.

5.7.2 Le séjour du patient détenu

La procédure prévoit que la procédure de non divulgation de la présence est appliquée et que cette confidentialité s'exerce à l'égard des gendarmes. Il est également prévu qu'ils peuvent disposer d'une ligne téléphonique ou d'un téléphone mobile en concertation avec le greffe de la maison d'arrêt.

Les patients détenus prennent leur repas dans la chambre d'isolement et fument dans la salle d'eau, cinq cigarettes par jour.

Concrètement, leur courrier, passé par la maison d'arrêt, leur est transmis, les visites sont fonction des patients détenus et de la durée de l'hospitalisation.

Les visites ne sont pas proscrites dès lors que les personnes disposent d'un permis de visite. Il est remarquable que la procédure indique que l'opportunité et la durée de ces visites sont laissées à l'appréciation du médecin, en fonction du projet thérapeutique et des possibilités du service.

Il a été indiqué qu'un patient détenu qui a fini sa peine dans l'unité y recevait ses visites.

5.7.3 Le retour en détention

Selon les informations recueillies, cinq personnes détenues ont été hospitalisées depuis quatre ans. Deux sont retournées à leur domicile, ayant effectué leur peine. Deux autres ont été transférées : l'un dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ; l'autre dans une unité pour malades difficiles pendant 18 mois, puis elle est revenue à l'UAPPE où elle a fini sa peine.

¹¹ CTE : comité technique d'établissement

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 L'ISOLEMENT

6.1.1 Les locaux

Le CHFT compte trois chambres d'isolement - deux sont situées dans l'UAPPE et une dans l'URE - et quatre chambres d'apaisement, une dans chacune des unités UAPPE, UPC, URE et URE. Si une mise en chambre d'isolement est nécessaire pour un patient de l'unité de géronto-psychiatrie, il est transféré dans l'une des autres unités.

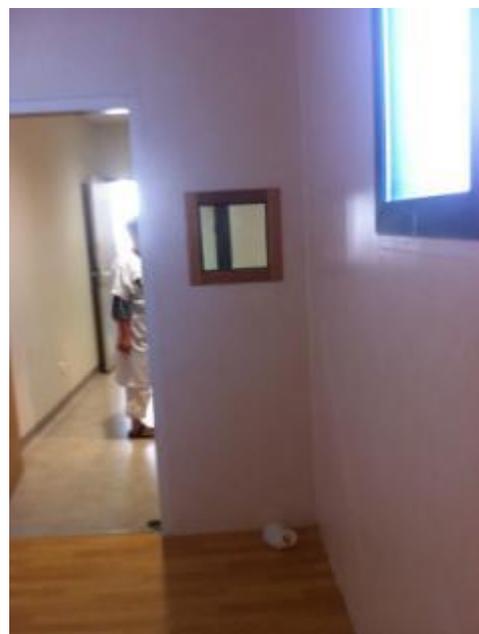
a) Les chambres d'isolement

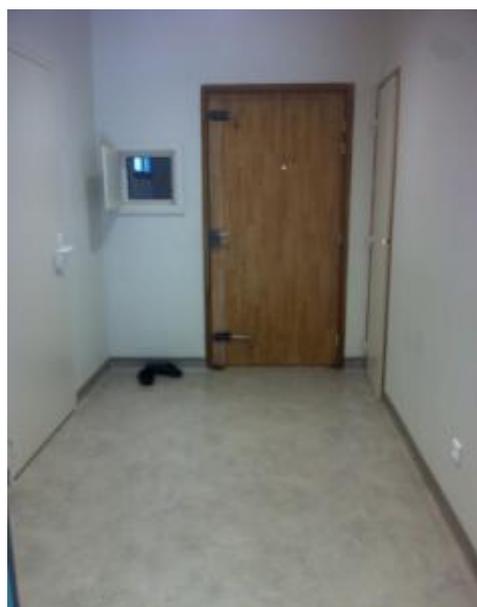
La chambre d'isolement de l'URO est une pièce de 16 m² aux murs peints en blanc et dont le sol est recouvert de stratifié en imitation bois.

Un lit fixé au sol est placé en son centre, un matelas est posé dessus. Lors de la visite, une literie ordinaire (draps et couverture) était utilisée. Une horloge à affichage analogique est placée derrière une vitre.

La fenêtre est constituée d'une vitre opaque fixe, matériel rendant difficile l'aération de la pièce lorsqu'elle est constamment occupée.

Un bouton d'appel est relié au poste de soins de l'unité dans lequel il n'y a pas toujours d'agent pour entendre l'appel.





URO : Chambre d'isolement, horloge, accès, salle d'eau, porte vue de l'extérieur

La porte d'entrée, à trois verrous, est percée d'un œilleton, à gauche de la porte, un fenestron permet de visualiser la pièce. On accède à cette porte en passant un sas sur lequel donne une salle d'eau, équipée d'une douche à l'italienne, avec flexible et douchette, et d'un bloc WC en inox. Un deuxième accès, opposé à la porte principale, est possible depuis un couloir réservé au personnel.

Les deux chambres d'isolement de l'UAPPE sont placées, ainsi que la chambre d'apaisement, dans une zone du bâtiment à l'écart des autres locaux. On entre dans cette zone par une porte fermée qui donne accès à un dégagement. Celui-ci distribue, sur la gauche, une chambre d'isolement et la salle d'eau qui lui est associée, séparées par un couloir, et sur la droite, un couloir desservant d'un côté, la deuxième chambre d'isolement puis la chambre d'apaisement, et de l'autre côté, la salle d'eau associée à chaque chambre.

Les chambres d'isolement, identiques sont des pièces de 12,77 m², meublées d'un lit placé au milieu de la pièce et fixé au sol. Des contentions sont posées sur le lit. La fenêtre, formée d'un carreau fixe, éclaire la pièce, elle est recouverte de plaques de matériau opacifiant séparées par une bande qui permet une vue vers l'extérieur. Deux lucarnes, sur des murs perpendiculaires, permettent de visualiser l'intérieur de la chambre. Derrière l'une de ces lucarnes est placée une horloge à affichage analogique. Dans une des deux chambres, le bruit de la VMC qui assure la ventilation était très fort. Elles sont dotées de deux entrées.

Les salles d'eau (5,20 m²), offrent un bloc WC en inox et une douche italienne sans flexible. Elles sont dépourvues de fenêtre.

Au jour de la visite, aucun patient n'était placé dans ces chambres.



Chambre d'isolement de l'UAPPE

Un « cahier des charges pour une chambre de mise en isolement » a été établi par le CHFT. Les chambres sont conformes à ce document, à ceci près qu'il prévoit « un cabinet de toilette attenante sécurisé » ce qui n'est pas le cas puisque les cabinets de toilette ne sont pas attenants mais seulement proches des chambres dont il faut sortir pour s'y rendre.

Ce document prévoit également « la mise à disposition d'une sonnette indémontable pouvant être coupée de l'extérieur ». Il a été indiqué qu'à UAPPE, qu'une telle sonnette était confiée aux patients isolés qui n'étaient pas contenus.

b) Les chambres d'apaisement

Chacune des trois unités, UPC, URE et URE dispose d'une chambre d'apaisement, identique dans ces trois unités. C'est une pièce de 11,65 m² seulement meublée que d'un lit de mousse recouvert de plastique bleu de marque *Cumbria*TM, classiquement utilisé dans les chambres d'apaisement et d'isolement ; aucune sangle de contention n'y est attachée. Le sol est en stratifié imitation bois ; la fenêtre est un carreau fixe opacifié. Une horloge, installée à l'extérieur, est visible par une lucarne percée face au lit. Elle dispose d'une grande salle d'eau (6,37 m²), sans fenêtre, avec une douche à l'italienne sans flexible et des WC en inox.



Chambre d'apaisement et salle d'eau de l'UPC

La chambre d'apaisement de l'URE était, au jour de la visite, occupée par un patient la nuit, à la demande de ce dernier dont il a été dit qu'il manifestait le besoin d'être rassuré par le dénuement de cette pièce et le fait d'y être enfermé à clef.

La chambre d'apaisement de l'UAPPE est identique aux chambres d'isolement à ceci près qu'elle ne dispose que d'un seul accès, d'une seule lucarne – avec horloge – et que le lit, en mousse de modèle *Cumbria™*, n'est pas fixé au sol. Une même salle d'eau lui est associée.



Chambre d'apaisement de l'UAPPE

Les locaux d'isolement de toutes les unités sont, dans l'ensemble, propres et clairs. Aucun ne permet un accès direct aux toilettes : en cas de besoin l'occupant doit solliciter le personnel.

Aucun de ces locaux ne permet la diffusion de musique.

6.1.2 Le séjour

La mise en chambre d'isolement (MCI) fait l'objet d'une procédure éditée et diffusée en 2009. Cette procédure vaut également pour le placement en chambre d'apaisement et pour le placement sous contention.

Elle prévoit que l'isolement ne peut être pratiqué que sur prescription médicale. Selon les interlocuteurs rencontrés du site de Saint-Alban, hormis pour les patients sortant d'une unité pour malades difficiles, aucune prescription d'isolement « si besoin » n'est laissée aux soignants : il a été indiqué qu'en cas de placement en chambre d'isolement (CI), le médecin se déplaçait dans l'heure pour examiner le patient. A l'UAPPE, des prescriptions « si besoin » sont laissées lorsqu'un patient a déjà été à l'isolement « *devra peut-être y retourner* ». Il a été affirmé que la situation était rare.

La fiche de prescription médicale prévoit que doivent être mentionnés : la date et l'heure de la MCI, s'il s'agit d'une prescription initiale ou d'un renouvellement, l'indication de la durée de l'isolement (maximale de 24 heures) le statut d'admission, l'information donnée au patient adaptée à son état de santé, la nécessité d'informer l'entourage, le nom de la personne prévenue, les risque à anticiper et la prévention à réaliser.

En ce qui concerne la surveillance, la même fiche prévoit que soient mentionnés la fréquence des visites infirmières, la fréquence, la durée et le lieu des sorties accompagnées, le lieu de prise des repas (hors ou dans la CI), la nécessité de contentions, le nom et la signature du médecin prescripteur, les comptes-rendus de visite médicale intermédiaire et le compte-rendu médical de sortie. Cette fiche ne prévoit pas spécifiquement une visite par un médecin généraliste.

Sur la fiche de surveillance assortie à la prescription doivent être indiqués pour chaque visite la date et l'heure, le nom de l'IDE et sa signature, la valeur des constantes, et montrer qu'ont été observés ou vérifiés le comportement, la toilette, l'hydratation, l'élimination, le repas et sorties accompagnées, la réfection de la chambre, la fouille, l'absence d'objets dangereux et la visite médicale.

Un patient dont il a été indiqué qu'il n'a jamais quitté la CI apparaît comme n'y ayant passé que 16 jours au cours des quatre premiers mois de l'année. Cette personne occupait la chambre d'isolement depuis octobre 2015. Il s'agissait d'un patient autiste, de forte constitution et pouvant avoir des comportements très violents ; son placement à l'isolement avait donc un caractère préventif. Il prenait ses repas dans la chambre d'isolement mais bénéficiait de deux heures de sortie de chaque jour, périodes pendant lesquelles il pouvait, notamment aller regarder la télévision. Un soignant était en permanence à ses côtés pendant ces sorties. L'activité de musicothérapie aurait pu lui être bénéfique mais le seul musicothérapeute de la Lozère ne se déplaçant qu'une demi-journée par semaine pour tous les patients de l'hôpital, il n'était pas envisageable qu'il puisse en bénéficier. Sa prise en charge, jugée minimale et décevante, ne convenait pas à l'équipe ; pour autant, aucune solution de sortie du CHFT n'avait pu être trouvée.

La conséquence en termes de statut d'hospitalisation – soit le passage, le cas échéant, de soins libres en soins sur demande d'un tiers– doit être envisagé, « *c'est la règle* ». En pratique, elle ne semble pas être appliquée systématiquement « *ça n'a pas encore été pointé* ».

A l'UAPPE, il a été indiqué que lorsque l'isolement dépasse 24 heures, le changement de statut est initié ; un tiers est recherché et à défaut, la procédure de péril imminent est appliquée en faisant venir le médecin des urgences de l'hôpital général pour établir le certificat.

Dans cette unité, certains patients restent trois semaines voire un mois à l'isolement, isolement réévalué chaque jour par un psychiatre.

6.2 LA CONTENTION

Le recours à la contention est rare hormis en unité de géronto-psychiatrie.

Dans cette unité, les contrôleurs ont pu constater que quinze patients sur trente et un faisaient, sur prescription médicale, l'objet de mesure de contention soit nocturne à l'aide de « pyjadrap » qui permet au patient de s'asseoir et de se tourner sur le côté, soit diurne en fauteuil par sangle abdominale. En fait ces mesures sont pour l'essentiel des mesures de protection antichutes pour des patients de gériatrie. Toutes ces mesures sont tracées dans un cahier spécifique et réévaluées chaque jour par les soignants.



6.3 LE REGISTRE DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT

Le registre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de santé publique¹² est mis en place de la façon suivante : le bureau des admissions recense, dans un classeur, les éditions, par patient, des fiches de placement à l'isolement ; ces fiches mentionnent les noms et prénom du patient, la date et l'heure de début de l'isolement, la date et l'heure de fin, l'application de prescription « si besoin » et le nom du médecin prescripteur.

Par ailleurs, pour chaque MCI, l'unité fournit au bureau des admissions le planning de l'unité qui permet de savoir quel soignant a pu faire la surveillance du patient isolé.

Ce bureau effectue un suivi administratif de l'isolement par l'exploitation des données : sont comptabilisés par unité et par patient les prescriptions et les fiches d'isolement. Pour autant, les données arithmétiques qui en résultent ne correspondent pas à la réalité et ne sont pas exploitables pour une analyse des pratiques d'isolement dans l'unité : la durée réelle d'un placement ne figure pas, la durée dans la journée étant automatiquement arrêtée à 23h59, et il est difficile de savoir si, en pratique, c'est la même mesure d'isolement qui s'est prolongée le lendemain.

¹² Article L.3222-5-1 du code de la santé publique : « (...) Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.. (...)»

Formellement, l'ensemble des données collectées remplit les exigences de l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016. Elles pourraient permettre une réflexion sur les pratiques d'isolement : type de patients, heures de prescriptions, médecin etc.

Or, alors que l'établissement se prévaut de son histoire et de sa culture institutionnelle, on constate que le recours à l'isolement n'est pas anodin. Ainsi, selon les informations fournies qui sont à prendre avec les précautions mentionnées ci-dessus, au cours du premier semestre les MCI sont ainsi réparties :

Unité	Nb lits	Nb de patients concernés	Nb de prescriptions
UPC*	17	11	21
URO**	17	7	20
URE***	17	8	376
UAPPE	25	25	345

*Les données de l'UPC ne tiennent pas compte de celles concernant une patiente isolée constamment dans sa chambre qui apparaît comme n'ayant fait l'objet que de trente prescriptions pendant cette période de 180 jours.

**Les données de l'URO ne tiennent pas compte de celles concernant un patient occupant constamment la chambre d'isolement et qui apparaît comme n'ayant fait l'objet que de dix-sept prescriptions pendant cette même période.

***Les données de l'URE comptabilisent celles de deux patients ayant fait chacun l'objet de 176 prescriptions de MCI.

Recommandation

Si le registre prévu à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est mis en place, les conditions de sa tenue par le bureau des admissions et sa forme ne correspondent pas à l'esprit de ce texte et ne sont manifestement pas un outil de réflexion sur les pratiques de l'isolement.

7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

Depuis 2015, les trois unités UPC, URE et URO sont regroupées dans un bâtiment d'un seul niveau qui surmonte le plain-pied de trois marches ; ce choix assure une continuité architecturale qui favorise les échanges et la mutualisation. L'unité de géronto-psychiatrie est hébergée dans un autre bâtiment situé en arrière de celui des trois autres.

Les locaux d'hébergement de ces trois unités sont semblables dans leur conception mais différent dans leur organisation spatiale.

Ils se distinguent les uns des autres notamment par des couleurs thématiques dont sont peints, dans chacun d'entre eux, les sols des dégagements et les portes, ce qui permet aux patients – et aux personnes non familières des lieux – de se repérer. Ceci est plutôt utile car l'organisation spatiale n'est pas claire au premier coup d'œil en raison de la succession des couloirs et de leur répartition autour de patios qui diffèrent peu les uns des autres.

7.1 LES LOCAUX

La reconstruction récente des unités permet à chaque patient d'avoir une chambre individuelle (9,62 m²) comportant un lit sur roulettes, une rampe lumineuse au-dessus du lit, une table de chevet, un bureau (1,50 m sur 0,50 m) fixé au mur, une chaise et un placard.

La fenêtre est opacifiée pour la seule vue de l'extérieur sur 1,50 m de hauteur, permettant à l'occupant de voir l'extérieur sans être vu des passants. Elle est constituée de deux carreaux fixes et d'un battant s'ouvrant sur 15 cm de largeur.



Fenêtre de chambre

Le sol est recouvert de stratifié en imitation bois.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau (3,84 m²) contiguë comportant une vasque avec robinet mélangeur, un miroir surmonté d'une lampe, un WC en céramique, une douche avec flexible, douchette et une barre d'appui, un radiateur mural.



Salle d'eau attenante à chaque chambre

Les chambres sont dépourvues de bouton d'appel mais un cordon d'appel est installé au-dessus des WC et il a été indiqué qu'il pouvait être donné un bouton d'appel mobile pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.

Dans chaque unité, une des chambres, la plus proche des lieux de vie, est plus particulièrement destinée à recevoir les éventuels patients en fin de vie : elle est équipée d'un lit médicalisé, d'une arrivée d'oxygène et d'un lavabo situé dans le sas d'entrée de la chambre en plus de celui de la salle de d'eau.

Une chambre d'apaisement (11,65 m²) est aménagée dans chacune des trois unités (Cf. § 6.1.1).

Bonne pratique

Les espaces collectifs des unités sont suffisants en nombre, en taille et en ameublement pour permettre à un même moment à l'ensemble des patients de se tenir confortablement hors de leur chambre.

7.2 LE PERSONNEL

Dans chacune de ces trois unités, les équipes ont le même rythme de travail : 7h20 - 14h50 ; 14h10 - 21h50 et 21h30 - 7h30. Le recouvrement entre chaque roulement offre un temps de transmissions suffisant d'une équipe à l'autre.

Les équipes de nuit ne sont pas dédiées ; les agents qui font des nuits peuvent être rappelés en journée pour remplacer des absences.

7.3 L'UNITE DE POST-CRISE

L'unité de post-crise n'en porte que le nom, le projet thérapeutique initial ayant été abandonné au profit de l'équilibre du nombre de patients dans les unités.

Outre les chambres décrites ci-dessus (cf. § 7.1), l'unité dispose d'espaces communs spacieux et de grande qualité. Un réfectoire et deux salles de repos sont garnis de meubles aux couleurs claires, de fauteuils et de plantes vertes. Comme les deux autres unités, elle dispose d'un petit patio vitré dans lequel les patients peuvent aller fumer.

Par ailleurs, une salle de bains thérapeutique est installée dans l'unité.

7.3.1 L'activité

Les statistiques fournies par l'établissement précisent que la file active de cette unité durant l'année 2015 s'est élevée à quarante-six patients dont dix en soins sous contrainte (deux en ASPDRE, quatre en SDTU et quatre en SPPI).

La durée moyenne de séjour (DMS) officielle était de 28 jours mais la durée prise en compte pour ce calcul s'interrompt à chaque court séjour à l'hôpital général. La durée moyenne de séjour réelle n'est donc pas connue mais elle est de toute évidence supérieure. Lors de la visite, la durée d'hospitalisation la plus longue était de 3 ans pour les patients sous contrainte et de 7 mois pour les patients en soins libres.

7.3.2 Le personnel

Le cadre de santé référent de l'UPC, dont la formation a été celle des infirmiers de secteur psychiatrique, gère une équipe de vingt-trois agents toutes catégories confondues. Sur une totalité de treize infirmiers, on compte trois hommes et les aides-soignants sont des femmes à l'exception de l'un d'entre eux.

Les équipes du matin et de l'après-midi sont formées de trois agents - deux aides-soignants et un infirmier.

La nuit, seul un infirmier est présent assisté d'un aide-soignant pour deux unités. Bien que le souhait de la direction soit une présence de nuit par roulement, il s'avère que des personnels volontaires accomplissent systématiquement les nuits.

a) Personnel paramédical

UPC	N	ETP	ETP non pourvus
Cadre supérieur de santé	1	0,15	
Cadre de santé	1	1	
IDE J/N	13	12,2	
Aide-soignant J/N	6	3,8	1 ETP en CLM ¹³
ASH	3	3	1 ETP en CLM
Psychologue	1	0,5	
Assistante de service social	1	0,3	
Ergothérapeute	0	0	
Assistant médico-administratif	2	0,4	
Total	28	21,35	

L'assistante sociale travaille en lien permanent avec les familles et les tuteurs et fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire participant notamment aux réunions de synthèse. Le personnel de cette unité dit être motivé par son travail et on note peu d'arrêts de travail perlés. Il y est néanmoins regretté que les agents soient embauchés dans le cadre de contrats à durée déterminée ce qui risque de fragiliser la stabilité de l'équipe.

Recommandation

La stabilité des équipes de soins doit être recherchée dans l'intérêt tant des patients que des soignants.

b) Personnel médical

Le temps médical théoriquement affecté à cette unité est de 0,50 ETP de psychiatre.

Durant la visite des contrôleurs, le psychiatre référent n'étant présent que trois demi-journées (le mardi et le vendredi matin), seul le médecin généraliste assurait la permanence à l'exception du jeudi après-midi où aucun médecin n'était de service à l'UPC.

7.3.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, l'UPC accueillait dix-sept patients (neuf hommes et huit femmes) dont l'un, en programme de soins en alternance, est arrivé durant la semaine. Parmi ceux-ci, deux étaient admis à la demande d'un tiers, dont un en urgence, et quatre étaient en programme de soins dont deux en alternance.

¹³ CLM : congé longue maladie

Recommandation

Les patients dont il a été estimé qu'ils pouvaient bénéficier d'un programme de soins ne doivent en aucun cas être maintenus en hospitalisation complète à temps plein.

Tous les patients étaient libres et ce quel que soit leur statut d'admission, de se déplacer dans l'unité, dans le centre hospitalier et dans le village, hormis une personne souffrant d'autisme, isolée dans sa propre chambre et ne sortant qu'accompagnée deux fois par jour. Cette personne était également celle dont l'hospitalisation était la plus longue (1 098 jours soit 3 ans).

Aucun patient n'était hospitalisé sur décision du représentant de l'Etat et seules deux femmes (dont la personne évoquée *supra*) étaient hospitalisées dans le cadre d'une admission à la demande d'un tiers (ASPDTU et SPPI).

Quinze patients sur les dix-sept hospitalisés dans l'unité étaient placés sous protection judiciaire, majoritairement suivis par l'UDAF.

7.3.4 Le fonctionnement de l'unité

Le projet thérapeutique initial, défini par un médecin qui a quitté l'établissement, prévoyait que cette unité était réservée, comme son nom l'indique, aux patients en post-crise et de fait destinée à accueillir les patients venant de l'unité d'admission située à Mende. Or, à la date de la visite des contrôleurs, les patients accueillis n'étaient que huit sur dix-sept dans ce cadre, les autres étant entrés directement dans l'unité après y avoir été dirigés par le service des urgences de l'hôpital général de Mende.

Le projet de soin s'articule autour d'un retour à l'autonomie des patients et au passage le plus rapidement possible en programme de soins selon deux logiques, thérapeutique et économique conformément aux orientations émanant de l'ARS.

Le médecin référent est affecté à temps partiel à l'unité. Lors de la visite des contrôleurs, il s'agissait d'un médecin étranger qui, cumulant plusieurs consultations dans les structures rattachées au CHS, n'était présent que trois demi-journées par semaine dont l'une destinée à la réunion de synthèse. La prise en charge repose donc essentiellement sur les soignants. En cas d'urgence, en l'absence du médecin référent, celui qui gère les deux autres unités pour adultes à Saint-Alban peut intervenir ; si lui-même est absent il est fait appel au médecin généraliste qui a suivi une formation en psychiatrie.

Recommandation

La faiblesse du temps médical pèse sur la prise en charge des patients en hospitalisation complète qui ne bénéficient pas d'une présence médicale suffisante.

La réunion de synthèse a lieu tous les mardis matins à l'UPC en présence de tous les soignants présents et de l'assistante sociale.

Les réunions de fonctionnement animées par le cadre ont lieu une fois par trimestre ; un ordre du jour est établi et des questions diverses proposées par l'équipe. Un cahier d'idées et de

propositions a été mis en place dans l'unité et fonctionnerait bien, selon les informations recueillies.

Il a été précisé aux contrôleurs que la contention n'avait pas cours dans cette unité et que seule la chambre d'apaisement pouvait être utilisée pour calmer un patient durant quelques heures. Les contrôleurs ont en effet assisté à un incident qui a amené les soignants à placer une personne dans cette chambre durant trois à quatre heures.

La dispensation des médicaments se fait à la porte du bureau infirmier et non plus lors des repas. Selon les propos recueillis, il s'agit d'un choix des soignants qui déploraient de devoir laisser le chariot contenant les repas pour assurer la distribution des médicaments et vérifier une à une leur prise laissant ainsi refroidir les plats.

7.3.5 La vie quotidienne

La vie quotidienne s'organise en fonction de la liberté d'aller et venir qui est le propre de l'unité. L'accès à la chambre est libre, les patients en détiennent la clé ainsi que celle de leur placard.

Les seuls moments de présence obligatoires sont ceux des repas. Par beau temps, après le repas du soir, les patients peuvent rester devant l'unité mais il leur est demandé de ne pas s'éloigner, la fermeture des portes intervenant entre 20h et 21h. Une réflexion est en cours sur ces horaires de fermeture ; il est proposé de les modifier afin de prolonger l'ouverture l'été et de la restreindre l'hiver.

Bonne pratique

Le droit de disposer des clés de la chambre et du placard participe du respect du droit à l'intimité et à la vie privée de chacun.

A leur arrivée, ne sont retirés aux patients que les objets pouvant être dangereux tels rasoir ou tondeuse qui sont déposés dans un casier nominatif placé en salle de soins. Les valeurs et objets précieux peuvent être soit déposés au coffre situé dans le bureau des entrées, soit remis à la famille (cf. *supra* § 4.2). Les petites sommes peuvent être conservées par le patient ou versées à la banque des patients (cf. *supra* § 5.4.4).

Les patients disposent de leur tabac à l'exception de ceux qui sont incapables d'en gérer la consommation. Tel était le cas de deux d'entre eux lors de la visite. Les cigarettes conservées dans le casier nominatif au sein du bureau infirmier sont alors distribuées par les soignants. Il n'en demeure pas moins que ces patients vont librement acheter leur tabac au village ...

Il est noté une diminution des produits pour l'hygiène personnelle, les patients doivent les acheter ; ils ne sont désormais fournis que dans le cadre d'un dépannage ponctuel.

Tous les patients, à l'exception de l'une d'entre eux, prennent leurs repas en commun mais il leur est également possible de déjeuner au self du personnel à leur demande ou sur incitation des soignants dans le cadre d'un projet de sortie.

Tous les patients de l'unité participent à des activités extérieures, en fonction de leur capacité et de la prescription médicale, qu'elles soient organisées par l'accueil de jour ou par le pôle professionnel dans le cadre d'une réadaptation à l'emploi (cf. *supra* § 5.4.10). Quatre d'entre eux

travaillant à l'activité « bois » étaient présents au pôle professionnel lors de la visite du site par les contrôleurs.

Au sein de l'unité deux salles disposent de la télévision (la télécommande est accessible à tous), de jeux de société, de puzzles et d'une petite bibliothèque. Des revues sont laissées à disposition. Dans l'un des halls de l'unité se trouvent une table de ping-pong avec raquettes et balles et un vélo d'appartement.

7.3.6 Les activités thérapeutiques

Les contraintes budgétaires liées à la baisse de la dotation ont considérablement diminué les possibilités de sorties thérapeutiques. Le budget alloué n'est que de 2 500 euros annuels. Une sortie par mois (journée pêche, bateau, achat de vêtements, ou même sortie au *Mac Donald*®) est envisagée pour un groupe de cinq à six patients si l'effectif du personnel soignant le permet. Il est indispensable de mobiliser trois soignants d'autant que le minibus doit être conduit par un infirmier. Le choix des patients qui bénéficient des sorties relève d'un choix d'équipe proposé pour validation au médecin. L'activité équitation a été supprimée car trop onéreuse ; la sortie à la piscine est maintenue sur des créneaux réservés à l'établissement.

Enfin, tous les samedis, une navette conduit les patients à la ville la plus proche de Saint-Chély (seuls ou accompagnés) pour y faire des achats. Ils ont « quartier libre » pour l'après-midi.

Afin d'assurer une présence suffisante pour l'ensemble de ces sorties, le cadre de santé doit faire appel à des soignants en repos ce qui génère un grand nombre d'heures supplémentaires qui ne peuvent être récupérées facilement. Un infirmier a confié aux contrôleurs avoir 320 heures supplémentaires à récupérer dont il ne pourra bénéficier que sous forme de congés durant les mois où personne ne sollicite de vacances (janvier ou février).

Recommandation

La diminution des budgets thérapeutiques associée au manque de personnel engendre une prise en charge de moindre qualité. Il conviendrait d'élaborer une réflexion pour remettre le patient au cœur des missions de l'établissement.

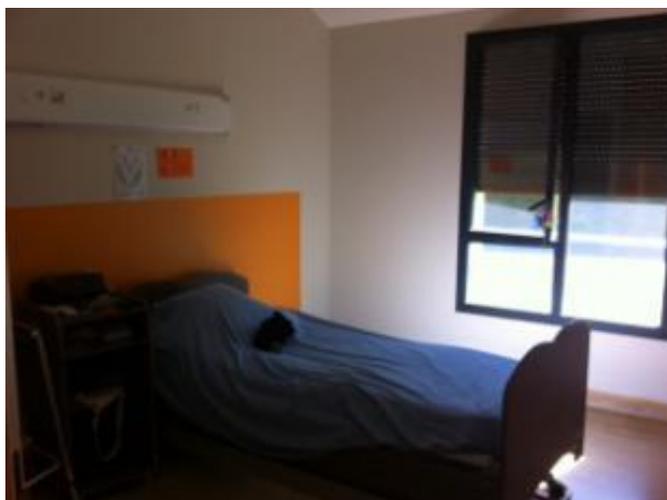
7.4 L'UNITE REGIONALE D'EVALUATION (URE) : UNE UNITE OUVERTE DONT LE PROJET THERAPEUTIQUE N'APPARAIT PAS ADAPTE AU PROFIL DES PATIENTS REELLEMENT ACCUEILLIS

7.4.1 Les locaux

La disposition et l'aménagement des locaux sont très proches de ceux des deux autres unités abritées dans le même bâtiment, celles-ci se distinguant principalement par la couleur dominante des sols et murs qui permet aux patients de se repérer ; l'URE a fait le choix de la couleur orange.



Lieu de vie à l'URE



Chambre à l'URE

Les chambres ne sont pas dotées de bouton d'appel. Certaines d'entre elles disposent d'une sonnette à côté des toilettes se présentant sous la forme d'une chaîne au bout de laquelle se trouve une poire déclenchant un signal sonore dans le bureau des infirmiers.

Il a été précisé aux contrôleurs que ces sonnettes étaient souvent endommagées par les patients et non remplacées, ce qui expliquerait que toutes les chambres n'en étaient plus pourvues au jour de la visite.

Les chambres ne peuvent pas être verrouillées de l'intérieur. Lorsque le patient quitte sa chambre, il peut la fermer au moyen d'une clef s'il est autorisé à la conserver, ou demander à un soignant de la lui fermer.

Chaque chambre porte un numéro mais des affichettes ont été collés avec le prénom des patients sur chacune des portes des chambres, à l'extérieur, afin d'aider ces derniers à se repérer.

Concernant les lieux de vie, l'URE dispose d'une salle à manger qui tient lieu également de salle commune en dehors des repas, de deux salles de télévision (l'une fermée, l'autre ouverte sur les

couloirs desservant les chambres), de deux salles d'activité, d'une salle de bains et d'une salle de balnéothérapie.

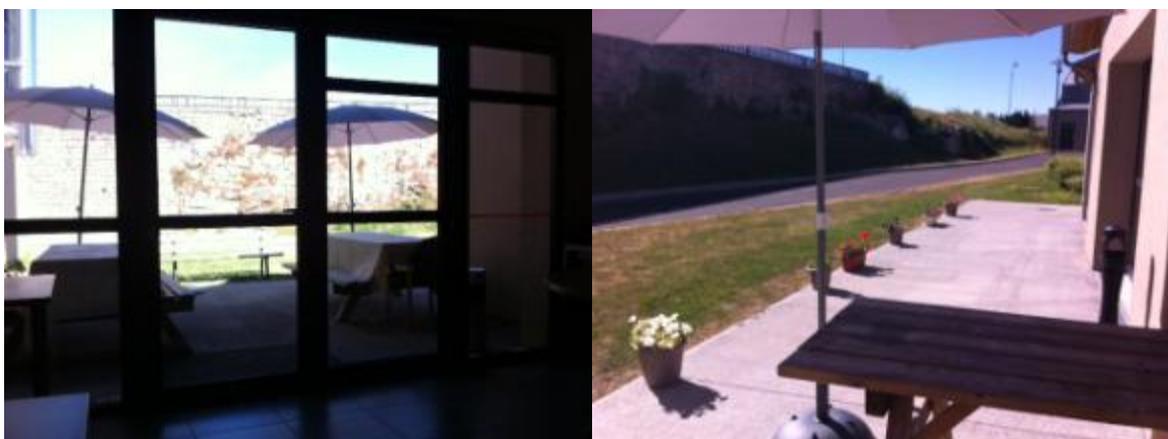


Salle d'activité

L'unité offre trois espaces extérieurs : deux patios, sont à disposition des patients, notamment les fumeurs ; ce patios, encerclés par les couloirs de l'unité, ne communiquent pas avec l'extérieur de celle-ci. Une terrasse, prolonge la salle à manger ; y sont installées des tables en bois permettant de déjeuner à l'extérieur.



Patio



Terrasse

Au jour de la visite, les contrôleurs ont pu constater à quel point cette terrasse était appréciée des patients, joyeux d'apprendre que le goûter allait être servi dehors.

La terrasse n'est pas fermée et donne directement sur les espaces extérieurs de l'hôpital.

7.4.2 Le personnel

L'équipe paramédicale de l'URE se compose d'un cadre de santé et de vingt-et-un soignants : treize infirmiers et huit aides-soignants de jour et deux assurant la nuit

Les équipes du matin et du soir sont constituées de trois soignants, dont au moins un infirmier. Lorsque l'effectif le permet, ce qui est - selon les propos recueillis - très peu fréquent, un soignant est en plus en poste durant la journée pour assurer notamment les accompagnements des patients à l'extérieur et renforcer l'équipe.

Le service de nuit est assuré par un infirmier et un aide-soignant, ce dernier étant partagé avec l'UPC.

Deux hommes figurent parmi les soignants de l'unité : un infirmier et un aide-soignant.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'effectif était insuffisant la nuit, lorsqu'un patient est placé en chambre d'isolement à l'UPC. En effet, l'accès aux toilettes pour ce patient devant être effectué à l'extérieur de la chambre, et le patient pouvant être agité, l'aide-soignant mutualisé reste souvent à l'UPC laissant l'infirmier de l'URE seul pour assurer la nuit.

Les contrôleurs ont également pu constater que l'effectif pouvait se révéler insuffisant le jour, lorsque survient un incident. Durant la visite, une patiente s'est trouvée en état de crise après avoir tenté de frapper un agent. Pour pouvoir la maîtriser et la placer en chambre d'apaisement, l'équipe soignante de l'URE a actionné l'alarme suscitant la venue de trois soignants supplémentaires : un de l'URO, un de l'UPC et un du service de géronto-psychiatrie. Pendant tout le temps qu'a duré l'incident, les patients présents ont été invités à se rendre dans la salle à manger, dont la porte a été fermée et y sont restés seuls. Les contrôleurs ont pu constater que la plupart d'entre eux présentaient des signes d'angoisse, certains pleurant, et manifestaient le besoin d'être rassurés. Pendant la vingtaine de minutes qui ont été nécessaires pour gérer la patiente en crise, aucun soignant n'est venu s'enquérir de l'état des patients isolés dans la salle à manger.

L'équipe médicale est composée de deux médecins psychiatres, dont l'un partage son temps avec l'URO, assurant un minimum de 0,4 ETP (présence les lundis et mercredi).

Interviennent également un psychologue et un ergothérapeute ; une assistante sociale s'occupe des patients des trois unités du bâtiment.

7.4.3 Les patients

Au jour de la visite, l'unité accueillait quinze patients, dont onze hommes et quatre femmes.

Seul un patient était hospitalisé sous contrainte, à la demande d'un tiers en urgence. Les autres patients étaient admis en soins libres.

Deux patients étaient soumis à un régime d'isolement, l'un durant la nuit et à sa demande en chambre d'apaisement, l'autre dans sa propre chambre ne sortant qu'une heure ou deux par jour

au sein de l'unité et dans l'enceinte de l'hôpital avec au moins deux soignants. Ce dernier patient présentait des troubles de type autistique et avait fugué plusieurs fois de l'hôpital.

7.4.4 Le projet thérapeutique

L'URE a été initialement conçue comme une unité d'évaluation, destinée à recevoir les patients suivis par les centres médico-psychologiques (CMP) pour des séjours de rupture.

De ce fait, la majeure partie des patients accueillis est adressée à l'URE directement par les CMP et nombreux sont ceux qui y sont hébergés de manière séquentielle (environ les deux tiers) à la fréquence d'une semaine par mois ou de deux semaines par trimestre.

L'URE connaît donc un renouvellement important des patients accueillis, avec environ trois entrées et trois sorties tous les lundis.

Selon la conception originelle, la durée moyenne de séjour devait être de trois à quatre semaines ; néanmoins, depuis quelques mois le personnel de l'unité s'interroge sur l'effectivité de ce projet thérapeutique qui n'apparaît plus correspondre à la réalité des patients pris en charge. L'URE accueille ainsi régulièrement des patients en provenance de l'UAPPE, de Mende, pour des hospitalisations au long court, en raison d'une surcharge de l'UPC habituellement destinataire de ces patients. Au jour de la visite, sept patients étaient hospitalisés à l'URE dans ce cadre et présentaient des pathologies psychiatriques lourdes. De plus, l'unité accueillait au jour de la visite deux patients autistes dont la prise en charge peinait à s'insérer dans le projet thérapeutique affiché.

Le médecin psychiatre qui a porté le projet de l'unité ayant quitté ses fonctions peu de temps avant la visite et l'équipe médicale s'étant renouvelée (les deux médecins intervenant à l'unité étaient arrivés depuis moins d'un mois), l'équipe se trouvait au jour de la visite dans l'attente d'une réévaluation du projet thérapeutique de l'unité.

a) La vie quotidienne

L'URE est une unité ouverte. Les patients qui y sont accueillis, à l'exception des deux patients autistes, peuvent entrer et sortir librement de l'unité durant la journée, de 8h30 à 21h.

Il arrive que les portes de l'unité soient fermées pendant une heure ou deux, en moyenne une fois par jour, lorsque le patient autiste isolé est autorisé à déambuler au sein de l'unité. Dans ce cas les patients sonnent pour que la porte leur soit ouverte.

Les patients sont invités à se présenter aux horaires des repas, notamment du repas du soir servi à 19h.

Selon les informations recueillies, la plupart du temps de la journée, les patients se rendent à la cafétéria, certains descendant cependant en ville. Il est rare qu'un patient ne vienne pas pour le repas du soir. Lorsque la situation se présente, les soignants utilisent un véhicule de l'hôpital pour le ramener de la ville.

Quatre repas rythment la journée : le petit déjeuner servi à 8h45, le déjeuner à 12h, le goûter à 16h30 et le dîner à 19h. Une tisane ou un sirop peuvent également être servis après le dîner, sur demande du patient. Les lundi et mardi midi, trois patients se rendent à tour de rôle au self-service de l'établissement accompagnés d'un soignant. Tous les patients bénéficient de cette sortie sauf les deux patients autistes accueillis dans le service.

Ces derniers ne sont cependant pas privés de toute sortie. Ils bénéficient de sorties à l'extérieur dès que l'effectif du personnel le permet. Le patient autiste isolé en chambre a notamment pu se rendre à un camp de vacances d'une journée à l'occasion duquel il s'est baigné, accompagné d'un soignant qui lui était attitré. Une sortie en ville pour procéder à des achats extérieurs avait également été programmée pour lui quelques jours avant la visite.

Le patient autiste non isolé bénéficie d'une liberté de circulation dans l'unité et se rend à l'extérieur tous les après-midi, au minimum une heure, pour se promener accompagné de l'ergothérapeute.

La distribution des médicaments est effectuée avant les repas devant la salle à manger et avant que chaque patient aille s'installer. Les contrôleurs ont pu constater qu'à cette occasion, les patients s'agglutinent autour du chariot, sans que la confidentialité ne soit totalement respectée.

Recommandation

La distribution des médicaments doit être réalisée de manière à assurer la confidentialité des soins à l'égard des autres patients.

Les patients fumeurs ont la possibilité de gérer leur consommation de tabac en conservant leur paquet de cigarettes durant la journée et en se rendant dans les patios ou à l'extérieur pour fumer. Ils doivent remettre leurs cigarettes et briquet chaque soir au moment du coucher au personnel soignant afin d'éviter les risques d'incendie dans les chambres.

Certains patients se trouvent cependant dans l'incapacité de gérer seuls leur consommation de tabac, soit en raison de leur pathologie, soit parce qu'ils ne parviennent pas à la restreindre à leurs moyens financiers faibles. Dans ce cas, les cigarettes sont conservées par le personnel et remises une par une au patient en fonction du rythme déterminé par le médecin ou par ses capacités de financement. Au jour de la visite, un patient voyait sa consommation limitée à un paquet par jour, en raison de ses moyens financiers et un autre à sept cigarettes par jour en raison de sa vulnérabilité le poussant à donner ses cigarettes aux autres patients sur simple demande.

Un règlement intérieur, affiché au sein de l'unité, présente les règles de fonctionnement et le rythme de la journée. Ce règlement, commun à l'UPC et de l'URO, n'était pas à jour lors de la visite et certaines mentions étaient erronées, notamment l'interdiction d'utilisation des téléphones portables avec invitation à utiliser des cabines téléphoniques inexistantes, l'invitation à déposer le courrier à poster dans la boîte à lettres de l'unité qui a été supprimée, ou encore l'autorisation de sortir de l'unité de 9h à 18h seulement.

Il a été précisé aux contrôleurs que ce règlement devait être retravaillé pour la rentrée 2016.

Recommandation

Le règlement intérieur de l'unité, dans la mesure où il n'est pas à jour et ne correspond pas aux règles de fonctionnement réel de l'unité, ne devrait pas être laissé à la disposition des patients ni affiché, au risque d'induire ces derniers en erreur.

b) Les activités

Les patients de l'URE peuvent participer, durant la semaine, à des activités organisées à l'accueil de jour ou au pôle professionnel de l'hôpital (cf. § 5.4) ainsi qu'à des ateliers d'ergothérapie. Durant les week-ends, ou parfois durant la semaine si l'effectif le permet, le personnel soignant propose des activités ponctuelles au sein de l'unité.

Lors de la visite, tous les patients accueillis à l'unité étaient autorisés à se rendre aux activités. Seuls les deux patients autistes bénéficiaient d'un programme d'activité particulier avec une prise en charge individuelle par l'ergothérapeute, incluant une séance de balnéothérapie par semaine et des promenades régulières dans l'enceinte de l'hôpital.

Comme à l'UPC, il a été indiqué aux contrôleurs que le nombre d'activités avait sensiblement diminué en raison des choix budgétaires de l'établissement. Notamment, le camp de vacances organisé chaque année pour les patients des différentes unités n'avait pas pu être organisé en 2016, à la grande déception des patients de l'URE habitués à y participer.

7.5 L'UNITE RENFORCEE D'ORIENTATION N'A PAS LES MOYENS DE SES MISSIONS INITIALES

7.5.1 Présentation générale

En principe, l'unité renforcée d'orientation (URO) devrait accueillir des personnes pour lesquelles il est difficile de trouver une orientation ; elle a donc une mission de stabilisation des troubles pour la permettre. C'est sur ce projet que les soignants ont choisi de travailler dans cette unité, avec les formations envisagées notamment aux techniques d'apaisement. En pratique, le médecin qui portait ce projet est parti et le renouvellement des patients est trop faible pour que cette mission ait un sens.

De plus, le projet supposait un renforcement en termes de médecins, d'ergothérapeutes et de soignants qui n'a pas été mis en œuvre.

7.5.2 Les locaux

Les locaux de cette unité sont, dans leur conception, identiques à ceux de l'UPC et de l'URE.

La porte d'accès est fermée et, en principe, doit être ouverte par un soignant lorsqu'un patient demande à sortir mais, en pratique, il est possible de sortir librement de l'unité en traversant la terrasse – d'accès libre – et le jardinet qui la borde ; le portail fermant ce jardinet est ouvert toutes la journée. C'est la voie qu'utilisent les patients.

Les locaux sont séparés en deux zones, l'une comportant les locaux collectifs et l'autre les dix-sept chambres réparties sur deux galeries séparées par un patio central. Les lits sont tous médicalisés à l'exception de l'un d'entre eux.

Les locaux collectifs offrent :

- une salle à manger avec cinq tables : trois à quatre places, deux à deux places et la dernière, pour une seule personne, placée contre le mur de sorte que l'occupant tourne le dos aux autres ;
- deux salons d'activité : l'un, au sol carrelé de gris, donne sur le jardin et sur le couloir ; il est meublé de neuf fauteuils, d'une table basse, d'un vélo d'appartement, d'un meuble vide, d'un téléviseur et de deux plantes vertes.

L'autre salon, plus petit, dispose de cinq fauteuils, d'un canapé, d'une table, de jeux et d'accessoires de travaux manuels ; cette salle donne également sur la petite terrasse de l'unité où sont disposés des tables et bancs ; le couloir devant ces salles s'évase, l'espace ainsi dégagé est aménagé en salon avec cinq fauteuils et une table basse. Ce dégagement donne accès aux deux galeries desservant les chambres ;

- une salle de balnéothérapie avec une baignoire « à bulles » adaptées aux personnes à mobilité réduite (PMR) et une douche avec un lit pour permettre de prendre une douche allongée ;
- un « salon des familles » qui sert en pratique d'atelier musique ; il comporte un ordinateur, un petit clavier et des baffles, deux matelas, quatre fauteuils, une lampe et deux plantes ; des rideaux peuvent occulter les fenêtres ;
- une chambre d'apaisement (cf. § 6.1.1b) ;
- une chambre d'isolement, (cf. § 6.1) ;
- des locaux médicaux et techniques : office, salle de réunion, salles de soins, bureaux de consultation, salle de repos pour le personnel, et divers locaux de rangement et stockage.

7.5.3 Le personnel

Les équipes soignantes de l'URO ont été renforcées, par rapport à celles des autres unités, au début de son fonctionnement (en juin 2015), avec un soignant en service de journée. Ainsi, en principe, les équipes du matin et du soir sont constituées de quatre soignants dont au moins un IDE et un AS.

Le tableau théorique des effectifs prévoit :

- cadre supérieur de santé : 0,15 ETP ;
- cadre de santé : 0,6 ETP ;
- IDE : 10,3 ETP ;
- aide-soignant : 7,7 ETP ;
- ASH : 4,3 ETP ;
- psychologue : 0,33 ETP ;
- assistant social : 0,25 ETP ;
- assistant-médico administratif : 0,4 ETP.

En pratique, il a été indiqué que l'effectif d'un roulement était rarement de quatre agents en raison des tensions sur la disponibilité des soignants. Il arrive même que seuls deux agents soient présents pour le roulement et qu'un soit seul dans l'unité – sauf si le cadre vient en renfort – lorsqu'un patient doit sortir en étant accompagné (par exemple pour un rendez-vous médical ou pour faire des achats). Lors de la visite, les difficultés de personnel étaient accrues en raison de la suspension d'un agent qui figurait pourtant sur le planning des équipes comme s'il prenait son service.

Le médecin psychiatre de l'unité qui y effectue en principe 0,4 ETP, se rend à l'URO le lundi de 9h à 11h30 et le jeudi de 14h à 18h.

Les réunions de synthèse ont lieu le jeudi après-midi de 14h à 17h ; les ergothérapeutes y participent et indiquent les possibilités du patient. La situation de l'ensemble des patients est passée en revue pendant la première heure de la réunion et celle d'un patient particulier est examinée de façon plus approfondie pendant la suite de la réunion ; ainsi, le cas de chaque patient fait l'objet, trois à quatre fois par an, d'un examen collectif approfondi. A l'issue de cet examen, le tuteur rejoint la réunion, ainsi que le patient qui émet des souhaits sur sa prise en charge, souhaits qui sont discutés.

Lors de la première semaine de juillet 2016, la réunion de synthèse n'avait pas lieu faute de participation médicale.

7.5.4 Les patients

Il a été indiqué que la moitié des patients de l'unité relèvent de la psychiatrie ; les autres étaient avant leur hospitalisation, pris en charge dans le secteur médico-social où ils posaient des problèmes de comportement. Le patient le plus ancien de l'unité est présent au CHFT depuis 20 ans. Dans cette unité, les patients sont pour beaucoup abandonnés de leurs proches : on ne compte que deux visites par an alors que tous les patients sont autorisés à recevoir des visites.

Sur les quatorze patients hospitalisés lors de la visite des contrôleurs, l'un était cinq jours par semaine à son domicile et deux à l'URO, un partait toutes les deux semaines en week-end chez lui.

Trois patients étaient soignés sur décision du préfet et un sur demande d'un tiers, en procédure d'urgence. Les douze autres étaient admis en soins libres.

7.5.5 Le projet thérapeutique

Selon les interlocuteurs rencontrés, les équipes ont du mal à élaborer et tenir des projets thérapeutiques par patient faute, notamment, d'étayage ou de suivi médical. Ainsi, pour les sorties des patients vers une institution médico-sociale, il serait important d'établir un lien de médecin à médecin ce qui n'est pas possible faute de disponibilité médicale dans l'unité.

a) La vie quotidienne

En semaine, les patients sont levés vers 7h45 ; ils se douchent, font leur lit, prennent leur traitement (8h45) puis le petit déjeuner de 8h45 à 9h30. Ceux qui ont une activité s'y rendent ensuite.

Lorsque le médecin est présent, sa visite se déroule de 9h30 à 10h.

Le déjeuner est pris à l'unité, après la distribution des traitements (11h45) ; certains patients qui se rendent au pôle professionnel (cf. § 5.4.10) peuvent déjeuner au self.

Chaque jour, un patient est désigné pour nettoyer les tables après les repas et essuyer la vaisselle.

La sieste n'est pas obligatoire pour les patients qui peuvent, notamment, se rendre à la cafétéria.

Un goûter est distribué de 16h à 16h30.

De 17h à 18h les patients sont dans leur chambre pour se doucher.

A 18h, des activités sont organisées par les soignants de l'unité : soins esthétiques, jeux etc. C'est aussi le moment des entretiens informels.

Le repas du soir se déroule de 19h à 20h, à la suite duquel beaucoup de patients vont se coucher. L'extinction des feux a lieu à 23h.

Lors de la visite des contrôleurs, un patient occupait la chambre d'isolement depuis septembre 2015. De 10h à 11h30, les soins prodigués à ce patient mobilisaient au moins un soignant. De même de 18h à 18h30, au moins un soignant était occupé par ce patient pour lui permettre une sortie.

L'unité ne disposant que d'un seul téléviseur, lorsque ce patient regardait la télévision dans le salon où le poste est installé, tous les autres en étaient privés.

Outre dans le parc, les patients peuvent fumer dans les patios et sur la terrasse. Pour certains d'entre eux, qui le distribueraient ou le consommeraient excessivement, les soignants gèrent le **tabac** ; les autres conservent leur tabac et gèrent eux-mêmes leur stock. Des substituts nicotiques (patchs) sont proposés et si accord posés sur les patients, mais il a été indiqué que leur succès pour le sevrage est très limité. Les patients de cette unité ne détiennent ni briquet ni allumettes.

A leur arrivée, les patients déposent leurs objets de valeur au coffre de l'hôpital (cf. § 4.2). Ils peuvent conserver, avec accord du médecin, un poste de radio ou un lecteur MP3. Certains patients peuvent également conserver leur ordinateur dans leur chambre, sur accord médical.

La gestion des téléphones personnels est fonction de l'état du patient et sur décision médicale : certains patients conservent leur téléphone avec le chargeur, d'autres peuvent accéder à leur téléphone conservé par les soignants ; d'autres passent leur appel avec le téléphone du service. En pratique, au jour de la visite, deux personnes disposaient de leur téléphone, quatorze étaient autorisés à téléphoner.

Certains patients conservent de la clef du placard de leur chambre.

b) Les activités

Les restrictions budgétaires pèsent sur les activités de l'URO comme pour les autres unités, notamment par l'annulation de l'équithérapie. L'atelier musical de l'unité fonctionne parce que l'IDE qui l'anime a apporté son matériel personnel (cf. § 7.5.2 le « salon des familles »).

De même, le séjour habituel dans la maison possédée par l'hôpital à Béziers (Hérault) devait être supprimée, faute de personnel, pour l'année 2016 ; outre la privation des patients, d'autant plus dommageable que la plupart d'entre eux, isolés de toute famille, ne sortent pas, les soignants regrettaient d'être privés de cette occasion d'évaluer les comportements des patients à l'extérieur de leur lieu de vie habituel.

D'autres activités programmées peuvent être annulées faute d'accompagnants lorsque l'équipe de l'accueil de jour doit faire des remplacements dans les unités.

Dans le projet de l'unité, la salle de balnéothérapie, où l'on peut diffuser de la musique et tamiser la lumière, était destinée, après formation à des techniques d'apaisement, à la mise en place d'une activité de balnéothérapie ; concrètement, elle est utilisée pour un patient ou deux par semaine.

Les équipes regrettent que la plupart des activités ne soient, pour la plupart, qu'occupationnelles.

Douze patient étaient autorisés à sortir seuls dans le parc et deux étaient autorisés à y sortir accompagnés d'un soignant.

c) Les soins

Des tests urinaires sont pratiqués sur les patients en cas de suspicion de consommation de produits stupéfiants, pour ce faire, les soignants disposent de prescriptions « si besoin ». Si ces mêmes produits sont trouvés sur les patients, ils sont entreposés dans le coffre de l'hôpital.

7.6 LA GERONTO-PSYCHIATRIE, UNE UNITE FERMEE ESSENTIELLEMENT GERIATRIQUE

La géronto-psychiatrie est regroupée sur un bâtiment indépendant dénommé « pavillon Hilarion Tissot ». Cette unité comporte trente-deux lits d'hébergement répartis dans autant de chambres individuelles ; aucune chambre d'isolement n'y est prévue.

C'est la seule unité affichée comme fermée de l'établissement. Cette unité était sous la responsabilité d'un médecin gériatre qui vient de prendre sa retraite et dont le recrutement était majoritairement porté sur la gériatrie pure et notamment les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Lors de la visite des contrôleurs, seuls 30 % des patients présents présentaient une comorbidité psychiatrique.

7.6.1 Les locaux

L'accès à cette unité s'effectue par un sas comportant un hall d'accueil de 42 m² ainsi que trois salons indépendants d'environ 14 m² pour les familles avec tables et banquettes. Ce hall distribue également un couloir comportant les bureaux de la psychologue et l'assistante sociale. Il est à noter que les familles n'ont pas accès à l'unité d'hébergement proprement dite. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette disposition correspond à un souhait de confidentialité, à Saint-Alban et en Lozère en général, la plupart des familles se connaissant.

L'accès à l'unité d'hébergement s'effectue par appel des soignants par une sonnette. Une caméra vidéo avec moniteur dans le poste de soins surveille par ailleurs l'entrée du pavillon.

Le pavillon, outre le sas d'accueil comprend cinq zones

- trois zones de nuit comportant respectivement dix chambres pour deux d'entre elles et douze chambres pour la troisième. Toutes les chambres, d'une surface de 20,40 m², comportent un lit médical, une table à roulettes, un fauteuil, un placard penderie fermant à clé ; une salle d'eau attenante disposant d'un lavabo, d'une tablette, d'un miroir mural, d'un WC, d'une douche avec fauteuil de douche et d'une patère. Les chambres sont spacieuses et bien éclairées par une grande fenêtre avec volet roulant.

La disposition architecturale des zones de nuit éloignées du poste de soins, rend difficile la surveillance par les soignants.

- une zone de vie de jour comprenant : une salle à manger de 127 m² donnant sur un grand jardin clos paysagé et offrant tables, bancs, chaises, parasol et auvent ; une salle d'ergothérapies de 49 m² donnant également sur un jardin

clos ; un salon de détente de 24 m² avec téléviseur et deux salons de détente de 14 m² ; un salon de coiffure de 15 m² ouvert une fois par mois ; des blocs sanitaires.



Jardin attendant à la salle à manger



Salon de détente

- un bloc central comportant outre deux grands patios accessibles en journée aux patients, un bureau infirmier vitré, trois salles de soins, une pharmacie, un bureau de cadre de santé, une salle de détente et de réunion de 37 m². Autour de ce bloc central est aménagée une zone de déambulation avec des banquettes et fauteuils de place en place. Cette zone peut être organisée en déambulation de jour ou de nuit.

De plus, l'unité comporte de nombreux locaux techniques ou de services (rangements, stockage linge, bagagerie, vestiaire etc.), trois WC hors chambre et une salle de bains avec baignoire thérapeutique.

7.6.2 Le personnel

L'équipe médicale, depuis le départ récent du gériatre (0,5 ETP) responsable du pavillon, est composée d'un médecin psychiatre présent une demi-journée par semaine et du médecin généraliste de l'établissement qui « passe » deux fois par jour.

L'équipe paramédicale est composée de :

- un cadre supérieur de santé à 0,15 ETP ;
- un cadre de santé temps plein ;
- 13 IDE représentant 11,90 ETP dont trois hommes et dix femmes ;
- vingt AS¹⁴ représentant 19,20 ETP dont cinq hommes et quinze femmes ;
- une ergothérapeute femme effectuant 0,5 ETP ;
- neuf ASH¹⁵ représentant 7,6 ETP toutes femmes ;

¹⁴ AS : aide-soignant

¹⁵ ASH : agent des services hospitaliers

- un psychologue à 0,5 ETP,
- une assistante sociale à 0,5 ETP (qui quitte le service et n'est, au moment du contrôle, pas remplacée) ;
- une assistante médico-administrative à 0,3 ETP.

Il a été indiqué aux contrôleurs que pour assurer en toute sécurité la prise en charge des patients, il conviendrait de prévoir d'augmenter les effectifs de 3,6 ETP d'IDE, 0,4 ETP d'AS et 0,73 ETP d'ergothérapeute.

L'unité est théoriquement (selon les effectifs disponibles) organisée de la façon suivante :

- de 7h10 à 14h50, trois IDE et trois AS ;
- de 14h10 à 21h50, trois IDE et trois AS ;
- de 9h à 16h40, une AS dite de journée ;
- de 9h20 à 17h, une IDE dite de journée ;
- de nuit une IDE et une AS selon un régime de sept nuits de dix heures sur quinze jours, l'équipe de nuit n'est pas une équipe dédiée.

Recommandation

Le temps médical de psychiatre est très largement insuffisant pour un service de gériatrie psychiatrie est doit être reconsidéré pour permettre une prise en charge optimale.

7.6.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, trente et un patients (quinze hommes et seize femmes) sont présents, aucun en hospitalisation sous contrainte. Le plus jeune patient est âgé de 61 ans et le plus âgé de 93 ans.

7.6.4 L'accueil

Les familles ne peuvent, comme expliqué *supra* (cf. § 7.6.1), pénétrer dans l'unité d'hébergement ; un accueil particulier est assuré à leur intention pour expliquer les conditions de vie de leur proche, une plaquette avec photos leur est remise.

Il est indiqué aux contrôleurs que les hospitalisations sous contrainte son exceptionnelles dans cette unité...

Le service dispose d'un vestiaire de dépannage assez bien fourni pour les patients indigents.

7.6.5 Le projet thérapeutique

Il convient de rappeler que 70 % des patients sont essentiellement des patients de gériatrie sans comorbidité psychiatrique proprement dite.

Les contrôleurs n'ont pu rencontrer le psychiatre en charge de l'unité en raison de la sa faible présence : 0,10 ETP.

Une réunion d'équipe se tient tous les jeudis associant le médecin, les IDE, la cadre de santé et l'assistante sociale sur des dossiers « ciblés ».

La journée des patients se déroulent selon le rythme suivant :

- le réveil s'effectue entre 7h45 et 8h avec petit déjeuner en chambre ;
- les toilettes sont effectuées à partir de 9h ;
- 12h15 : déjeuner en salle à manger ;
- 16h goûter ;
- 19h dîner.

Les chambres restent ouvertes la nuit. Près de la moitié des patients fait l'objet de mesures de contention, intermittentes selon le moment de la journée (cf. § 6.2)

Les **médicaments** sont distribués le matin en chambre avec le petit déjeuner, le midi et le soir à table avec les repas.

Le **tabac** est autorisé dans les patios ou dans le parc. Sa gestion, sous réserve de l'accord médical, est laissée au patient ; elle peut être sous le contrôle des soignants pour certains patients. En pratique, très peu de patients sont fumeurs ; un seul lors du passage des contrôleurs.

Un **téléphone** fixe est à disposition dans la pièce servant de salon de coiffure, il est géré par les soignants. La question de la libre détention d'un téléphone portable ne s'est jamais posé pas pour ces patients en règle âgés.

Le **courrier** partant est déposé dans une boîte à lettres installée dans l'unité et relevée chaque jour par le vagemestre qui apporte le courrier arrivant.

Les **visites** sont autorisées tous les jours de 14h30 à 19h et s'effectuent dans les salons du sas d'accueil ou dans le parc et la cafétéria. Il a été indiqué aux contrôleurs que les familles sont très présentes.

Les activités

La salle d'ergothérapie de l'unité est ouverte en libre accès de 9h à 16h avec présence d'un ou deux soignants dont une ergothérapeute qui proposent différentes activités : atelier mémoire, atelier cuisine, atelier création, jardinage, poterie... Lors du passage inopiné des contrôleurs, une quinzaine de patients y étaient présents.

Une médiation animale est constituée par la présence d'un chat...

A chaque déjeuner, un repas thérapeutique est proposé pour huit à dix patients.

Des sorties sont régulièrement organisées en minibus pour six à sept patients accompagnés de deux soignants : parc des bisons d'Europe, fromagerie, pique-nique.

Selon la disponibilité des soignants et sur prescription médicale les patients ont accès à la plateforme de l'accueil de jour (cf. § 5.4). Les patients autonomes et sans désorientation, toujours sur prescription médicale, peuvent se rendre à la cafétéria, voire dans le village.

Les contrôleurs ont pu constater que les patients pouvaient déambuler librement dans l'unité, autour du noyau central, mais que, compte tenu de l'architecture circulaire sans vision d'ensemble et du nombre de soignants, cette possibilité posait un réel problème de sécurité par insuffisance de surveillance des patients qui peuvent chuter ou faire un malaise sans que personne ne s'en aperçoive rapidement.

Recommandation

Les modalités de surveillance des patients dans les zones de déambulation de jour doivent être réévaluées et renforcées.

7.7 L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE (MENDE)

7.7.1 Présentation générale

L'unité de pédopsychiatrie ou unité pour adolescent (UDA) a une capacité de six lits où elle accueille des enfants et adolescents qui peuvent être âgés de 11 à 18 ans. Les patients sont accueillis dans l'unité en semaine ; elle est fermée une semaine sur deux pendant les vacances intermédiaires et durant trois semaines durant les vacances d'été. Pendant ces périodes, les adolescents hospitalisés retournent dans leur famille ou en famille d'accueil.

7.7.2 Les locaux

Le rez-de-chaussée de la structure de Mende accueille les locaux de l'unité d'hospitalisation pour adolescents et ceux de l'hôpital de jour et du CATTP pour adolescents.

L'unité d'hospitalisation, d'une capacité de sept lits, dispose de :

- six chambres – dont une double – chacune meublée d'un lit,, d'une table de nuit et d'une chaise ; pour chacune, une salle d'eau attenante comporte une douche à l'italienne, des toilettes et un lavabo ;
- une vaste salle de vie comportant un espace repas, un espace lecture, un baby-foot, une table de ping-pong, un téléviseur ;
- une salle de bains thérapeutique avec baignoire et coin « esthétique » ;
- un bureau infirmier dont une grande baie vitrée donne sur la salle de vie ;
- une salle de télévision ;
- une salle de soins ;
- une chambre d'apaisement qui n'est pas utilisée à cette fin mais sert de local de débarras ;
- une cuisine et un office ;
- des locaux techniques (stockage, buanderie etc.).

7.7.3 Le personnel

Un médecin pédopsychiatre exerce à temps plein au pôle adolescent.

L'effectif du personnel non médical l'unité est composé de :

- cadre supérieur de santé : 0,3 ETP ;
- cadre de santé : 0,4 ETP ;
- IDE : 6 ETP ;
- ASH : 1 ETP ;
- psychologue : 1 ETP ;
- psychomotricien : 0,2 ETP ;

- personnel socio-éducatif : 4 ETP ;
- assistant social : 0,4 ETP ;
- assistant-médico-administratif : 0,8 ETP.

Chaque jour trois équipes se relaient composées de deux personnes le matin, trois l'après-midi et deux la nuit, avec à chaque roulement au moins un IDE. Parfois, en fonction des activités, un soignant effectue, en plus, un service de jour.

7.7.4 Les patients

Agés de 11 à 18 ans, les patients sont admis en soins libres. Ils peuvent être hospitalisés sur demande des parents ou adressés par diverses structures : hôpital de jour, CMP, structures médico-sociales, service d'urgence de l'hôpital général, service de l'aide sociale à l'enfance ou même médecin scolaire. Aucun patient n'a jamais été soigné sur ordonnance de placement provisoire du parquet ou sur décision du préfet.

Les patients accueillis souffrent principalement de troubles de la personnalité (entrée dans la schizophrénie), de mélancolie (avec tentatives de suicide) ou encore de troubles de conduites : transgressions, méconnaissance des limites, immaturité.

7.7.5 Le projet thérapeutique

La poursuite de la scolarité est une priorité du service. Les patients peuvent être scolarisés en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) ou en établissement ordinaire. Les établissements scolaires participent aussi au maintien scolaire, même si certains patients ne vont qu'une demi-journée par semaine en cours. Chaque mois, deux correspondants des établissements fréquentés par les patients (en général médecin scolaire et conseiller principal d'éducation) viennent à l'unité rencontrer l'équipe.

De même, les patients peuvent pratiquer des activités sportives ou culturelles à l'extérieur, conformément à l'objectif du dispositif de rester ouvert sur la cité.

a) La vie quotidienne

A leur arrivée, les patients visitent le service et font connaissance avec l'équipe. Le livret d'accueil leur est remis ainsi que le règlement intérieur de l'unité qui est lu avec eux ; ils en signent ensuite un exemplaire de même que leurs parents, le cadre de santé et le médecin de l'unité.

Si l'adolescent n'est pas encore connu du service, la chambre la plus proche du poste de soins lui est affectée, quitte, le cas échéant, à déplacer le patient qui l'occupe déjà. Les objets personnels du patient font l'objet d'un inventaire contradictoire, les objets dangereux ou illicites lui sont retirés.

Si le psychiatre le demande, une consultation chez le pédiatre est organisée.

Les téléphones sont également retirés, afin – a-t-il été indiqué – d'éviter les contacts avec les groupes et réseaux sociaux sur internet et avec les familles, de protéger l'adolescent de milieux extérieurs qui ne lui sont pas toujours favorables et de préserver le secret médical et le droit à l'image des autres patients.

Pour chaque patient, l'organisation de la journée est donc fonction de l'activité scolaire. Selon le règlement intérieur, le lever est au plus tard à 9h en période scolaire, et le retour en chambre à 21h30.

Les fins d'après-midi sont souvent utilisés pour les entretiens médicaux ou infirmiers. Eventuellement, les patients peuvent sortir en ville.

Les adolescents peuvent fumer du tabac à condition que leurs deux parents – ou les personnes responsables ou impliquées dans leur éducation – en aient donné une autorisation écrite.

Chaque patient autorisé reçoit cinq cigarettes par jour. En pratique, l'usage du tabac concerne plutôt les patients de plus de 15 ans ; pour les plus jeunes, le médecin décide de la quantité de tabac à consommer. Ce sont surtout les soignants qui essaient de limiter la consommation des patients. Il a été indiqué qu'il n'est jamais arrivé que l'un d'entre eux n'ait pas, durablement, les moyens financiers d'acheter du tabac.

La découverte de détention de produits illicites n'est pas fréquente, il ne s'agit jamais d'alcool. En pareil cas, « *c'est repris avec le jeune* », ce qui signifie un rappel de la loi, du règlement intérieur, des risques, du lien éventuel avec l'hospitalisation du jeune.

S'agissant des relations sexuelles le règlement intérieur mentionne « les "flirts" et les relations sexuelles sont interdits sur la Filière Ado ». Les soignants s'y réfèrent, précisant « *le règlement intérieur indique que les rapports physiques ne sont pas autorisés* », et justifient cette réglementation « par la vie d'un groupe et la nécessité de quelques réglages au niveau de la sexualité ». L'interdiction résulte d'un souci de soin : « *90 % des adolescents ici ont précisément des troubles de l'intentionnalité et du consentement, il n'y a pas de soin sans protection.* »

b) Les activités

Les adolescents peuvent disposer de leur MP3 sur des plages horaires limitées.

Ils peuvent être inscrits à une activité sportive pratiquée dans un organisme extérieur pour laquelle ils sont accompagnés.

A partir de 17h30, ils peuvent regarder la télévision.

c) Les soins

Selon les interlocuteurs rencontrés, les soins passent par la médiation dans la mesure où il n'existe que peu de ressources chimiques pour les enfants et adolescents. Le recours à l'art-thérapie, l'ergothérapie et autres activités thérapeutiques est donc essentiel. Pour autant les ressources sont rares pour deux raisons. D'une part, les professionnels font défaut en Lozère : il n'existe que 3,4 ETP de psychomotricien pour toute la pédopsychiatrie du département. D'autre part, et plus gravement, les choix de restriction budgétaires ont amputé de 43 % le budget des activités. Il a été indiqué que la conséquence de l'inactivité qui s'ensuit, était un risque d'ennui, de violence outre le déficit de soins.

7.8 L'UNITE D'ACCUEIL PSYCHIATRIQUE PAUL ELUARD : UNE UNITE SANS PROJET THERAPEUTIQUE LISIBLE AINSI QU'ILLUSTRE PAR LE REGIME DES PORTES DE L'UNITE, OUVERTES EN THEORIE MAIS FERMEES EN APPARENCE ET D'ACCES TRES CONTROLE EN PRATIQUE

L'unité d'accueil psychiatrique Paul Eluard (UAPPE) est installée sur le site de Mende, dans un bâtiment partagé avec l'unité de pédopsychiatrie, chaque unité étant installée à un étage différent avec une entrée propre. Comme unité d'admission, elle a vocation à accueillir les patients entrés en urgence, souvent après passage au service des urgences de l'hôpital général (cf. § 3.1.1); c'est aussi une unité d'évaluation pour une décision de prise en charge thérapeutique.

7.8.1 Les locaux

De conception récente (2011), les locaux de l'unité sont clairs et bien entretenus.

L'UAPPE se compose de vingt-trois chambres individuelles, toutes meublées d'un lit, d'un placard (qui n'est jamais fermé à clef malgré la présence d'une serrure, ce qui est à l'origine de vols), d'une table de nuit et d'une chaise. Elles disposent toutes d'un accès à une salle de douche dans laquelle sont installés une douche à l'italienne, des toilettes ainsi qu'un lavabo. Le règlement intérieur est affiché sur la porte des chambres.



Chambre individuelle

Trois d'entre elles sont équipées d'arrivée d'oxygène. . Aucune chambre ne dispose de bouton d'appel mais il a été précisé aux contrôleurs que certains patients se voient remettre un bracelet comportant un dispositif d'appel.

L'UAPPE comprend également une chambre double dont il a été indiqué aux contrôleurs qu'elle était rarement utilisée pour y placer deux patients.

Les patients ne disposent pas de la clef de leur chambre. Ils ne peuvent pas la verrouiller de l'intérieur mais peuvent demander à ce qu'elle soit verrouillée de l'extérieur par le personnel soignant.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'il arrivait que des vols soient commis entre les patients, les placards des chambres ne fermant pas à clef, même si ces derniers sont invités à remettre au personnel leurs objets de valeur, conservés dans des casiers au sein de la salle de soins.

Recommandation

Un système de verrouillage des placards des chambres de l'UAPPE doit être installé, afin de protéger les effets personnels des patients et de limiter les vols.

Concernant les espaces collectifs, l'UAPPE dispose d'une vaste salle commune sur laquelle donne directement la salle de soins, composée d'un espace salle à manger et d'un espace de lecture meublé de fauteuils et de présentoirs avec des journaux. Une table de ping-pong et un baby-foot sont installés dans un coin de cet espace commun.



Salle de soins



Espace lecture

L'UAPPE dispose également, en libre accès pour les patients, de deux salles de jeux offrant des jeux de société et des lecteurs de CD-Rom pour écouter de la musique, ainsi que de deux salles de télévision ; un troisième téléviseur est installé dans la salle à manger.

Se trouvent également, en accès contrôlé pour les patients, une salle de musicothérapie, une salle d'ergothérapie ainsi qu'une salle de bains avec baignoire thérapeutique et salon de coiffure.

Les patients de l'UAPPE peuvent accéder librement à un patio ainsi qu'à une terrasse ouvrant sur un jardin fermé fleuri et bien entretenu.



Patio



Terrasse et jardin fermé

7.8.2 Le personnel

Trois praticiens hospitaliers sont affectés à l'unité pour un service total théorique de 1,6 ETP. En pratique, 1,4 ETP sont effectués : le responsable du service vient à l'unité un après-midi par semaine et deux médecins psychiatres sont présents, l'un à hauteur de 0,8 ETP et l'autre à hauteur de 0,5 ETP ; ainsi il y a quotidiennement un médecin psychiatre présent dans l'unité.

Le tableau des effectifs non médicaux prévoit :

- cadre supérieur de santé : 0,1 ETP ;
- cadre de santé : 1 ETP ;
- IDE : 23,9 ETP dont 1,1 n'est pas pourvu lors de la visite ;
- ASH : 5,8 ETP ;
- psychologue : 1 ETP assuré par deux psychologues ;
- ergothérapeute : 0,6 ETP ;
- assistantes sociales : 1 ETP effectué par trois personnes ;
- assistant médico-administratif : 1 ETP (effectué par une personne en congé maternité lors de la visite).

Le service est organisé de telle manière que quatre infirmiers soient présents le matin et quatre l'après-midi. Parfois, lorsque les effectifs le permettent, un infirmier « de jour » s'ajoute aux équipes de 9h à 16h30 ; le plus souvent il assure le service des urgences de l'hôpital, à défaut, c'est un des IDE du roulement qui en est chargé.

La nuit, la gestion du service est assurée par trois infirmiers.

7.8.3 Les patients

Au jour de la visite, l'UAPPE accueillait vingt-deux patients, neuf hommes et treize femmes. Six patients avaient été admis sans leur consentement : deux à la demande d'un tiers en urgence, trois pour raison de péril imminent et un sur décision du représentant de l'Etat.

Les autres patients se trouvaient sous le régime des soins libres.

Le patient admis sur décision du représentant de l'Etat était hospitalisé depuis 95 jours soit un peu plus de trois mois.

Le patient le plus ancien se trouvait dans le service depuis 147 jours, soit près de cinq mois.

Dix-sept patients, non comptés dans l'effectif des patients hébergés, se trouvaient en programme de soins et rattachés à l'UAPPE.

7.8.4 Le projet thérapeutique

L'UAPPE est une unité d'admission qui reçoit une partie de ses patients du service des urgences. Il s'agit de l'unité qui accueille le plus de patients sous le régime de la contrainte.

Initialement conçue pour être une unité de court séjour et de gestion de la crise avec orientation des patients vers l'UPC lorsqu'une hospitalisation devait se prolonger, au jour de la visite le projet du service n'apparaissait plus lisible pour le personnel médical et paramédical y intervenant, certains soignants ayant même regretté auprès des contrôleurs l'absence de tout projet thérapeutique.

Il a été indiqué que les difficultés d'élaboration du projet thérapeutique provenaient du mélange entre les patients hospitalisés sans consentement et ceux hospitalisés à leur demande. Il aurait été question, lors de l'ouverture des locaux en 2011, de dédier une des ailes dans lesquelles se situent les chambres aux patients hospitalisés sans consentement et l'autre, aux patients en soins libres, afin de distinguer les régimes. Cependant une telle solution n'apparaissait pas réalisable compte tenu de la configuration des locaux (lieux de vie communs aux deux ailes) et de la répartition des patients, la majorité d'entre eux se trouvant en soins libres.

a) La vie quotidienne

Le manque de lisibilité du projet thérapeutique se retrouve dans la gestion des portes de l'unité. D'apparence fermées car il faut sonner pour en solliciter l'ouverture par un soignant et préciser le motif de la sortie, les portes sont en principe ouvertes à la demande pour les patients se trouvant en soins libres.

Néanmoins, il a été précisé aux contrôleurs que certains patients admis en soins libres s'étaient vu prescrire des restrictions de sorties, dont il a été précisé qu'elles avaient été tacitement acceptées par ces derniers, rendant le régime de sortie plus proche des patients hospitalisés sans consentement.

Inversement, des patients hospitalisés sans consentement se voient prescrire des autorisations de sortie régulière, celles-ci étant cependant le plus souvent limitées à l'enceinte de l'hôpital et n'incluant pas les sorties en ville.

Au jour de la visite, deux patients n'étaient pas autorisés à sortir non accompagnés, l'un se trouvant en soins sur décision du représentant de l'Etat, l'autre se trouvant en soins libres.

Les sorties sont effectuées le plus souvent l'après-midi, les rendez-vous médicaux étant programmés le matin. Les patients autorisés à sortir peuvent se rendre selon les cas en ville (le centre-ville se trouvant à environ une demi-heure à pied) ou simplement dans le hall d'accueil du service où sont installés des fauteuils ainsi qu'un distributeur de boissons chaudes, particulièrement sollicité par les patients, aucune cafétéria n'étant à leur disposition.



Hall d'accueil

Durant la visite, les contrôleurs ont aperçu à plusieurs reprises des patients installés dans les fauteuils du hall discutant entre eux ou assis sur le banc placé devant l'entrée, en train de fumer. La journée est rythmée par les quatre repas : petit déjeuner servi à 8h30, déjeuner à 12h, goûter à 16h30 et dîner à 19h. Il n'est pas proposé de tisane après le dernier repas. Les repas sont livrés par le site de Saint-Alban.

Les traitements sont distribués avant chaque repas, ainsi qu'à partir de 21h pour le traitement de nuit. La distribution est effectuée en salle de soins, les patients font la queue devant cette salle et y entrent l'un après l'autre, avant de s'installer dans la salle à manger.

Les patients fumeurs gèrent, par principe, seuls leur consommation de tabac. La consommation n'est limitée par le personnel que sur demande du médecin, lorsque le patient fume de manière excessive ou lorsque ce dernier dispose de moyens financiers limités et risque de se retrouver certains jours sans tabac. Le service a également constitué une réserve de tabac pour faire face aux éventuelles situations de manque de gros fumeurs qui se trouveraient dans l'impossibilité d'acquérir rapidement du tabac. Lorsqu'il est fait usage de cette réserve, le patient s'engage à rendre les cigarettes reçues lors de l'achat de son prochain paquet. Les patients fument dans la cour ou dehors, devant l'entrée de l'hôpital. Ils peuvent également fumer la nuit dans le patio. Les briquets et allumettes ne leur sont pas retirés.

Les visites se déroulent les après-midi, de préférence dans les chambres. Une salle est plus particulièrement destinée aux visites des familles venant avec des enfants, en dehors de l'unité, les enfants de moins de 10 ans n'étant pas autorisés à entrer dans l'unité.

Le linge est lavé par les familles mais un lave-linge est installé à l'étage inférieur, dans l'unité pour les adolescents et les patients peuvent l'utiliser.

b) Les activités

Les activités proposées aux patients sont limitées à celles programmées par l'ergothérapeute du service, présente à hauteur de 0,6 ETP et celles organisées ponctuellement par les soignants, peu nombreuses et plutôt le week-end.

Les patients entendus par les contrôleurs se sont plaints d'un manque d'activités et ont indiqué s'ennuyer. Il s'agit également du point de critique revenant le plus souvent dans les questionnaires de satisfaction reçus par la direction de la qualité et alimentés en très grande partie par les patients de l'UAPPE (cf. § 2.7.4).

Au jour de la visite, l'ergothérapeute en poste venait d'être recrutée deux mois auparavant. Selon les informations recueillies, avant son arrivée, le service était sans ergothérapeute depuis deux ans. L'ergothérapeute n'avait pas encore défini les objectifs de sa prise en charge et recevait les patients qui lui semblaient pouvoir bénéficier d'activités : elle organisait trois matins par semaine des activités ouvertes à tous et programmait les après-midi des prises en charges individuelles. Il était prévu que des réunions d'équipe soient organisées afin de définir les objectifs de la prise en charge en ergothérapie et permettre, à terme, un accès exclusivement sur prescription médicale.

8. AMBIANCE GENERALE

La qualité de la prise en charge des patients du centre hospitalier François Tosquelles bénéficie d'atouts majeurs. L'histoire et la culture de l'établissement imprègnent encore les pratiques et demeurent une référence pour les équipes : les soignants sont impliqués, bienveillants. La qualité des espaces extérieurs, l'aménagement agréable des locaux et la taille des unités, outre le confort matériel qu'ils apportent donnent un sentiment de sérénité et assurent un véritable bien-être pour les patients. La diversité des outils thérapeutiques, l'ouverture de l'établissement sur la ville où la présence des patients est banalisée, permet à ces derniers d'investir et de conserver au mieux leur autonomie.

Le respect de certains droits des patients est ancré dans les pratiques ; en témoignent l'absence de recours au pyjama, la liberté d'aller et venir, la liberté de téléphoner, le souci de préserver l'intimité. En revanche, les droits résultant de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 sont mal connus et peu respectés : La procédure de notification de la décision de soins sans consentement au patient qui en fait l'objet est mal appréhendée et inégalement mise en œuvre. Les droits des patients en soins sous contrainte ne leur sont pas notifiés.

Si ces faiblesses peuvent être surmontées facilement et sans coût, les choix opérés dans la période précédant le contrôle sont porteurs de risques de dégradation de la prise en charge des patients, déjà perceptibles pendant la visite.

En l'absence de projet d'établissement à la ligne claire, les choix sur lesquels se sont portées les réductions budgétaires imposées au cours des dernières années laissent une grande amertume. Les conditions dans lesquelles la procédure a été conduite ont été perçues comme peu soucieuses d'équité, sourdes aux objections sur les conséquences en termes notamment d'offre d'activités thérapeutiques. La circonstance que le directeur, qui a imposé ces choix, ait une présence jugée épisodique sur l'établissement, puisqu'il occupe le tiers de son temps ailleurs, et qu'il n'ait pas à assumer les conséquences de ses décisions puisqu'il devait quitter l'établissement en septembre 2016, ne favorise pas l'adhésion. En outre, un cloisonnement fort des acteurs, la faiblesse - en nombre comme en cohésion - de la communauté médicale, un projet médical illisible adossé à une absence de réflexion stratégique médico-administrative partagée ont constitué des facteurs permissifs d'un management perçu comme indifférent à la valeur de l'établissement.

Il en résulte les éléments d'une fragilité accrue : une insuffisance grave de temps médical corrélée à une difficulté de recrutement de médecins que n'explique plus la seule situation géographique de l'établissement, l'absence de projet au regard de l'histoire de l'établissement a une incidence plus préoccupante sur le désintérêt des candidats.

Le grave déficit médical, l'émergence de difficultés de recrutement de soignants, peu enclins à s'engager sur les seuls contrats à durée déterminée proposés, conjugués à un potentiel d'activités thérapeutiques en baisse alimentent la désespérance perceptible des équipes et le risque proche d'une dégradation des conditions de prise en charge des patients.